ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE,

JOURNAL COMPLÉMENTAIRE

DES SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉ

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

COMPOSÉE DE PROFESSEURS DE LA FACULTÉ, DE MEMBRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, DE MÉDECINS ET DE CHIRURGIENS DES HÔPITAUX.

IIe SÉRIE. — TOME XI.

A PARIS,

CHEZ
BÉCHET jeune, Libraire de la Faculté de Médecine, place de l'École de Médecine, n° 4;
MIGNERET, Imprimeur-Libraire, rue du Dragon, n° 20.
PANCKOUCKE, Imp.-Libraire, rue des Poitevins, N.° 14.

1836.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

MAI 1836.

Memoire sur l'absorption du placenta ; par G. E. MASLIEÜRAT-LAGÉMARD.

Depuis quelques années des observations importantes, tant sous le rapport physiologique que thérapeutique, avaient attiré l'attention de quelques accoucheurs ; et des faits isolés, qui d'abord leur avaient laissé du doute, établirent, par leur réunion, une certitude pour eux. La bonne foi et le talent de l'observation étaient réunis chez les premiers qui les signalèrent, et les faits qu'ils livrèrent à la science, bien que nouveaux, n'en furent pas moins regardés comme possibles, je dois dire comme certains.

Ces faits, dont je veux parler, sont ceux qui ont été publiés sur l'absorption du placenta ou d'une de ses parties retenue d'une manière anormale ou accidentelle dans la cavité de l'utérus. Les causes qui pouvaient donner lieu à cette rétention étaient connues des anciens accoucheurs ; ils citaient parmi elles, les adhérences du placenta, dont on a pu, comme je le dirai plus tard, rendre compte d'une manière toujours rigoureuse, le châtonnement, etc. ; ils nous ont indiqué les précautions qu'ils prenaient pour éviter ce séjour ou le faire disparaître lorsqu'il existait : mais la disparition que nous signalons ici leur était complètement

inconnue, car aucun n'en avait fait mention avant MM. Nægelé et Salomon. Tantôt, nous disaient-ils, le placenta resté dans l'utérus était entraîné avec les lochies; tantôt des injections faites à dessein déterminaient son issue; d'autres fois son séjour prolongé se terminait par une fonte putride qui donnait lieu à des accidens formidables; et enfin ils passaient souvent sous silence cette disparition qu'ils n'avaient pas observée, ou de laquelle ils ne se doutaient nullement.

Dans ces derniers temps, M. Nægelé n'ayant pu extraire tout le placenta d'une femme qu'il venait d'accoucher, ne vit aucun détritus, aucun débris de ce qu'il avait abandonné dans la cavité utérine : quelque temps après, les règles de cette femme revinrent, elle accoucha une seconde fois à terme, et l'on n'aperçut rien de ce que l'on attendait toujours. Un second, un troisième fait du même genre vinrent bientôt s'offrir à son observation. Il se demanda alors si la structure de l'utérus de la femme qui avait la même structure que celui de certains animaux, ne pourrait pas être, comme chez ces derniers, doué d'une propriété absorbante, pouvant peu-à-peu faire disparaître un produit qu'on y aurait abandonné. Il a communiqué ces observations, et depuis on a pu en voir et en publier de semblables, comme nous l'indiquerons dans la suite de ce travail.

Ces faits cependant ont été contestés, et par cela même qu'ils sont peu nombreux, nous devons signaler ceux qui, étant identiques et soumis à notre observation, tendront à leur donner plus de valeur et de certitude. Dans le cas que nous allons citer tout-à-l'heure, lorsque la présence du placenta dans la cavité utérine a attiré notre attention, nous étions prévenus de l'erreur qu'on pouvait commettre s'il eût été muqueux ou membraniforme; mais comme il a été facile d'acquérir la certitude qu'il avait sa structure et sa forme normales, nous ne pouvons le ranger dans les excep-

tions qu'a signalées madame Boivin dans les belles observations qu'elle a publiées à ce sujet.

Dans ce travail, nous allons rapporter d'abord l'observation que nous avons recueillie dans le service de M. le professeur Paul Dubois à l'hôpital de la Clinique d'accouchement, et après avoir réuni tous les faits que possède la science, tendant à appuyer ou à combattre cette opinion, elle nous servira en quelque sorte de point de départ pour comparer ces faits entre eux, et en tirer les conclusions qui nous paraîtront les plus rigoureuses.

Observation d'hémorrhagie utérine survenue après l'accouchement ; abandon par suite d'adhérences, et absorption d'une partie du placenta dans la cavité utérine. — « Une femme nommée Aubert, âgée de 36 ans, couturière, et enceinte pour la première fois, est entrée à l'hôpital des Cliniques, à la fin de décembre 1834. D'un tempérament un peu lymphatique, elle est habituellement d'une bonne santé, et ses règles, qui viennent d'une manière régulière, ont paru le 27 mars pour la dernière fois. Elle a pu nous donner une date plus précise encore sur l'époque de sa grossesse ; car son mari, qui est militaire, est venu passer le 4 et le 5 avril avec elle, pour repartir ensuite.

» Le 15 du même mois, elle a eu des dégoûts, des nausées, auxquels ont succédé des vomissemens qui ont persisté pendant trois semaines, et à quatre mois elle a senti les mouvemens de son enfant qui se sont fait sentir plus particulièrement du côté droit. Rien tout le reste du temps n'a mérité une attention spéciale.

» Le 8 janvier, à une heure du matin, les membranes se sont rompues, et quelques instans après elle a senti de légères douleurs qui sont allées toujours croissant jusqu'à dix heures et demie du matin. Elle est accouchée naturellement d'une fille qui s'est présentée en première position du sommet.

Peu de temps après l'expulsion du fœtus, la malade éprouve des coliques assez fortes qui furent suivies d'un écoulement de sang plus abondant qu'il n'a coutume de l'être. On exerce quelques frictions sur le fond de l'utérus qui est encore mou et peu revenu sur lui-même. Mais apparaissent bientôt des éblouissemens; la face devient pâle, le pouls petit et fréquent, quelques lipothymies; du sang s'écoule par la vulve, et l'utérus, qui conserve sa flaccidité, semble augmenter un peu de volume. Il y a à peine un quart-d'heure que la femme est accouchée, et la délivrance paraît devenir nécessaire, car l'existence d'une hémorrhagie interne ne laisse plus de doute. On répète à plusieurs reprises, sur le cordon ombilical qui est *aussi gros et aussi long que d'habitude*, des tractions même assez fortes, et malgré ces violences extérieures, le placenta, qui est intimement adhérent au fond de l'utérus, ne quitte pas cette cavité.

Cependant ces symptômes augmentent : plusieurs syncopes se répètent; alors M. Paul Dubois se décide à opérer la délivrance. Sa main est introduite sans difficulté dans la cavité utérine ; il sent le placenta qui est inséré en haut et à gauche. Il en trouve une partie décollée, et l'autre portion est tellement adhérente, que tous les efforts qu'il fait pour la détacher sont complètement inutiles. Il espère qu'en entraînant au-dehors la partie libre d'adhérences, l'autre la suivra au lieu de se déchirer; mais il est trompé dans son attente, et il ne ramène au-dehors que ce qu'il avait rencontré de libre dans la cavité de l'organe. Cette partie est assez considérable ; elle a l'apparence, l'épaisseur, la consistance et la conformation d'un placenta ordinaire. C'est sur elle que s'insérait le cordon qui, comme je l'ai déjà dit, est gros et bien conformé.

» En examinant le placenta, il est facile de remarquer qu'il est loin d'être entier : il manque au moins un quart de sa circonférence; c'est ce que l'on peut facilement véri-

fier par la déchirure qui existe sur le bord et sur la grosseur des vaisseaux rompus. Ce placenta n'est pas bilobé et a une conformation tout-à-fait normale.

» M. Paul Dubois, ayant, à peu de chose près, apprécié le volume de ce qui restait dans l'utérus, et l'hémorrhagie continuant, fut obligé d'introduire la main une seconde fois; il lui fut très-facile de retrouver la partie qui restait, et d'en déterminer la largeur; mais il ne put la détacher comme il se l'était proposé. A force de soins et en prenant toutes les précautions nécessaires, il en déchira quelques petits lambeaux, et soit parce qu'il venait d'extraire, soit par les contractions utérines qu'avaient pu déterminer l'introduction de la main, l'hémorrhagie s'arrêta.

» A trois heures, nouvel écoulement de sang, accompagné de tous les symptômes qu'entraîne sa présence. Les frictions, les réfrigérans sont envain mis en usage. L'habile professeur, en connaissant la cause, fait une troisième tentative pour détruire ses effets; tentative qui, comme la seconde, a pour résultat de n'extraire que quelques petites portions, et d'arrêter l'hémorrhagie. Il n'ose persister plus longuement dans les efforts qu'il est obligé de faire pour opérer cette séparation, et en abandonne une portion assez considérable, dont il a pu de nouveau facilement sentir et apprécier le volume, comptant sur des moyens d'absorption qui ont pu être plus d'une fois opérés.

» A quatre heures, la femme est reportée dans son lit. Trois bouillons et deux potages soutiennent les forces épuisées.

» Le 10, à une heure, elle a un frisson occasionné par un air froid auquel elle s'était exposée pour donner à téter à son enfant qu'elle nourrit. Elle n'a eu du reste aucune douleur abdominale. Le pouls est calme; les lochies coulent bien. Elle a éprouvé des picotemens dans les seins.

» Jusqu'au 15 janvier elle n'a rien eu d'anormal, si ce

n'est que les lochies ont depuis quelques jours une odeur un peu fétide. Elle est assez bien pour qu'on lui permette de manger la demie maigre. Elle s'est levée aujourd'hui, et après des coliques assez violentes elle a rendu un caillot de sang de la grosseur d'un œuf de poule, qui ne présentait aucune trace extérieure, ni aucune odeur de putréfaction. Il a été suivi d'un écoulement sanguin qui s'est calmé dans la soirée, et qui a assez affaibli la malade pour déterminer une syncope.

» Le 17, le même phénomène se répète seulement, et l'hémorrhagie, bien moins abondante, n'a pas suivi, mais a précédé l'issue du caillot.

» Aucun accident semblable ne s'est reproduit par la suite; des toniques, un régime approprié lui font recouvrer les forces qu'elle avait perdues, tant par ses hémorrhagies qu'en nourrissant son enfant.

» Jouissant d'une bonne santé, elle quitta la Clinique le 6 février. »

Cette femme a été observée avec le plus grand soin. Chaque matin ses linges étaient mis à part, et examinés minutieusement par M. Paul Dubois lui-même, qui n'a rien pu découvrir qui eût l'apparence du placenta, non-seulement dans les lochies qui ont coulé comme dans l'état normal, mais même dans les deux caillots qu'elle a rendus le 15 et le 17 janvier. On ne s'est pas contenté de les couper, on les a mis même dans de l'eau claire, et on n'a vu rien autre chose que de la fibrine coagulée tout-à-fait semblable à celle qu'on observe dans un caillot de sang ordinaire.

La production de l'hémorrhagie, sa persistance, le traitement qu'on a dû lui opposer, les parties du placenta abandonnées dans la cavité utérine, sont autant de circonstances qui méritent un haut intérêt dans l'observation que nous venons de rapporter.

Sans annoncer ici toutes les causes qui peuvent donner

lieu à l'hémorrhagie qui survient après l'issue du fœtus ; sans chercher à faire une histoire complète de cet accident redoutable, je ne saurais cependant passer tout-à-fait sous silence les causes, la marche et la terminaison de celle qui nous occupe, symptômes qui sont assez peu connus pour qu'on ne s'empresse pas de les signaler ; surtout lorsque des gens habiles ont, avec tant de sagacité, épuisé toutes les ressources de l'art, soit pour les prévenir, soit pour les combattre lorsqu'ils existent déjà.

J'ai dit les prévenir, et je dois ici rétracter une expression, qui dans le cas qui nous occupe, est loin d'être juste. On préviendra, sans aucun doute, un grand nombre de maladies, en évitant les causes, souvent faciles à apprécier, qui pourraient y donner lieu ; on préviendra tous les accidens de la grossesse en menant une vie paisible et peu bruyante ; en suivant toutes les règles hygiéniques établies pour cet état particulier de l'individu ; on préviendra, ou au moins on modérera de beaucoup une hémorrhagie qui aurait pu survenir avant l'accouchement, en gardant un repos nécessaire : mais préviendra-t-on, quels que soient les moyens mis en usage, l'insertion du placenta sur l'orifice utérin ou à son voisinage ? Empêchera-t-on jamais que cette partie des enveloppes du fœtus ne prenne corps en quelque sorte avec le fond de l'organe où il est inséré, et n'y devienne tellement adhérente pour que plus tard, elle ne puisse en être expulsée ? Assurément c'est ce que l'on ne fera pas : et bien fou serait celui qui, au lieu de diriger tous ses efforts pour se tenir prêt au moment du danger, et se mettre à même de le vaincre une fois produit, croit se perdre en vaines spéculations, en théories pompeuses pour chercher à l'éviter. A chaque accouchement, s'attendre de sang froid aux plus grandes difficultés, embrasser d'une seule pensée tous les moyens de les combattre ; discerner avec habileté et mettre en usage celui de ces moyens qui convient le mieux, voilà ce qui constitue le praticien consommé.

La première chose qui ait été remarquable dans cette observation, et qui ait dû attirer toute l'attention de l'accoucheur, fut la production de l'hémorrhagie. Il ne fut pas difficile d'arriver à la connaissance de cet accident par un écoulement de sang un peu plus abondant que de coutume ; par la faiblesse, les lipothymies et les syncopes de la femme; par l'état de l'utérus qui, loin de revenir sur lui-même, d'offrir de la dureté et des bosselures déterminées par la contraction de ses fibres, était flasque, dépressible et augmentait de volume : symptômes que j'ai déjà énumérés et sur lesquels je ne dois plus insister.

On devait présumer ici ce qui arrive dans les cas les plus ordinaires, savoir : que la matrice frappée d'une espèce d'inertie, bien qu'aucune cause, au moins apparente, n'ait pu la produire, ne pouvait assez contracter ses fibres distendues ou affaiblies, pour resserrer et clore les orifices des sinus utérins mis à nu par l'issue du fœtus. La présence du placenta dans la cavité de l'organe servait encore à fortifier cette opinion, soit qu'il contribuât à produire ou à faire persister cette inertie, soit qu'en s'appliquant sur l'orifice interne, il pût mettre un obstacle au libre écoulement du sang, et ne servît, en favorisant l'accumulation du liquide dans l'intérieur de l'utérus, la production de l'hémorrhagie. Aussi la première indication thérapeutique consistait-elle à enlever cet obstacle qui devait mettre un terme à ce grave accident. La résistance invincible qu'on éprouva par les tractions exercées sur le cordon ombilical, la nécessité de l'introduction de la main, la connaissance exacte de l'adhérence d'une portion du placenta sur la face interne de l'utérus, firent connaître la véritable cause de l'hémorrhagie et les moyens les plus efficaces qu'on devait lui opposer.

Nous avons dit qu'un tiers à-peu-près du placenta était intimement adhérent. Comment s'était opérée cette union ? Quelle était la cause de la persistance ? Voilà des questions

qu'il est assez difficile de résoudre, et pour en donner une explication au moins satisfaisante, il faudrait avoir recours à une théorie qui, dans plus d'une circonstance, s'est montrée fautive.

Le placenta n'a pas toujours une disposition semblable, et tantôt sont adhérens quelques cotylédons isolés; tantôt, au contraire, toute la surface présente cette anomalie; on a signalé quelques cas où la partie centrale était libre et toute la circonférence adhérente.

Pour en rendre compte, plusieurs opinions ont été tour-à-tour admises, puis rejetées ensuite: c'est ainsi que parmi les accoucheurs célèbres qui en ont proposées, nous citerons avec les plus anciens l'autorité de Smellie, qui considérait comme cause de cette adhérence une dégénérescence squirrheuse de l'organe. Mais si, comme le fait observer M. Dubois (1), on se rappelle que sur les points de l'utérus qui offrent des corps fibreux, il est fort peu adhérent; que, lorsqu'il présente lui-même cette sorte de dégénérescence qui transforme une plus ou moins grande partie de sa substance en un tissu ferme, homogène, d'un blanc jaunâtre, analogue au tissu squirrheux que l'on désigne sous le nom de *placenta gras*, il ne parait pas même avoir adhéré à la surface de l'utérus, on sera facilement convaincu du peu de valeur qu'a cette explication sur la cause qui nous occupe.

Admettrons-nous, avec quelques accoucheurs, ces prétendues *crêtes utérines* qui allaient profondément s'engréner dans les anfractuosités du placenta, et dont la déchirure leur paraissait un accident redoutable? En ne les rencontrant jamais, on ne mettant aucune espèce de doute sur leur non-existence, nous serons au moins rassurés, comme le dit Baudelocque (2), contre la crainte de cette

(1) *Dict. de Méd.*, T. X, art. *Délivrance*.

(2) Baudelocque, *Art des accouch.*, tome I, pag. 321.

déchirure : ce célèbre accoucheur ne voyait d'autre moyen d'union que du tissu cellulaire plus ou moins condensé (1).

Dans ces derniers temps, guidé par des vues plus saines et plus physiologiques, rattachant quelques symptômes observés pendant la vie à ce phénomène morbide, on a vu dans cette adhérence une terminaison de l'inflammation des parties mutuellement en rapport. On ne s'est pas contenté du simple raisonnement pour émettre cette opinion qui parait si vraisemblable, on a voulu s'appuyer sur des faits, et on a cité des exemples d'adhérence du placenta survenues, ou au moins observées à la suite d'une chute, d'un coup reçu sur la paroi abdominale antérieure; d'une douleur plus ou moins aiguë toujours ressentie au niveau de cette union. Bien qu'on soit pleinement satisfait d'une explication semblable, les faits ne sont pas assez nombreux, les observations assez concluantes pour qu'il faille encore l'admettre d'une manière exclusive. L'observation que nous avons citée donnerait, sinon la certitude, au moins de grandes probabilités pour la faire rejetter : car chez la f.e *Aubert*, quelle est la cause de cette adhérence ? Assurément nous n'y voyons rien qui ait pu faire présumer que le placenta fût squirrheux, comme dans les cas cités par *Smellie*, supposé même qu'il dût adhérer après avoir subi cette dégénérescence, les crêtes utérines n'y étaient pas plus apparentes que dans l'arrière-faix qui est expulsé avec le plus de facilité.

Si nous suivons les diverses périodes de la grossesse, si nous interrogeons la femme sur les accidens qu'elle a éprouvés pendant toute l'époque de la gestation, nous n'y voyons absolument rien d'anormal; aucune douleur dans le ventre. Les premiers mois se passent presque sans aucun des accidens qui les acccompagnent toujours ; elle sent pendant tout le reste du temps les mouvemens de l'enfant, plus

(1) Même ouvrage, tome I, page 321.

particulièrement du côté droit, et c'est à gauche que le placenta est inséré. Elle n'a fait aucune chute, reçu aucun coup qui ait pu déterminer l'inflammation adhésive dont nous avons parlé.

Dans cet exemple, comme dans beaucoup d'autres, nous sommes forcés de convenir de notre ignorance, et de prendre, sans pouvoir nous en rendre compte, les anomalies que la nature se plait à nous présenter à chaque pas. Attendons pour prendre un parti que des observations plus nombreuses aient pu nous éclairer sur le nombre des causes susceptibles de produire cet état pathologique. Je dis le nombre des causes, car avant d'être exclusif, il faut avoir une grande certitude : certitude qui, dans les sciences d'observations, est plus souvent remplacée par du doute ; et dans plus d'une circonstance, heureux celui qui sait douter.

Le mode de production de l'hémorrhagie, sa persistance, sont des phénomènes dont il est trop facile de rendre compte d'après cette disposition du placenta pour qu'il soit nécessaire d'y insister plus longuement. Nous nous contenterons d'entrer dans quelques détails sur le traitement qu'on a dû lui opposer

Dans les cas d'adhérence simple sans complication d'aucun accident, qu'on abandonne dans la cavité utérine le placenta, ou celles de ses portions qui sont adhérentes comme le recommandent le plus grand nombre des praticiens de nos jours : qu'à l'exemple des anciens, on mette tout en œuvre pour extraire même les plus petites portions : voilà ce que nous ne discuterons pas : nous sortirions du cadre que nous nous sommes tracé, voulant nous borner seulement à ce qui a trait à l'observation que nous avons cités.

S'il y a divergence d'opinions pour savoir ce qu'il convient de faire dans les cas d'adhérence simple, il n'en est plus ainsi lorsqu'il y a complication d'une hémorrhagie aussi abondante que celle qui menaçait l'existence d'*Aubert*,

La présence du placenta détermine tous les accidens : en enlevant la cause, on s'oppose aux effets : tous les moyens possibles, même la *décortication*, doivent être mis en usage ; car avant de chercher à prévenir les accidens qui pourraient très-bien ne pas se développer, il faut conserver la vie de la femme, qui est irrévocablement sacrifiée si on n'arrête pas l'hémorrhagie.

Cependant ce décollement ne doit pas être fait sans discernement et sans quelques précautions préalables. Les tentatives, quelquefois réitérées, qu'on est obligé de faire, doivent toujours être basées sur l'écoulement sanguin ; et qu'on ne s'imagine pas que lorsqu'il sera arrêté, restât-il encore une portion du placenta dans la cavité de l'organe, nous pensons qu'il faille les pousser plus loin, et vouloir absolument tout extraire par ce fait seul qu'il y a eu hémorrhagie. La conduite que nous avons vu tenir, bien différente de celle que nous supposons, nous a paru trop sage pour que, dans des circonstances semblablables, nous ne nous empressions pas de la suivre.

M. Dubois, avons-nous dit, pour extraire dans ce danger pressant, non-seulement la partie décollée, mais celle qui adhérait encore, avait été obligé de râcler en quelque sorte le fond de l'organe ; et malgré ce moyen, n'ayant pu y parvenir, avait présumé qu'en tirant sur la portion libre, l'autre la suivrait. Si cette manœuvre était faite par des mains inhabiles, sans les précautions nécessaires, on devrait la trouver au moins imprudente, car on comprend par ces tractions, avec quelle facilité on pourrait renverser l'utérus : on pourrait cependant y trouver des avantages en ce sens, qu'elle pourrait très-bien opérer ce que les doigts n'avaient pu faire, et mettre un terme à l'écoulement sanguin. Aussi, le professeur l'exécute-t-il avec toute la prudence et le sang-froid qui étaient nécessaires pour un cas aussi difficile. Ayant une main dans la cavité de l'organe, l'autre, appuyée sur la paroi antérieure

de l'abdomen, peut embrasser l'utérus dont le fond répond à quelques travers de doigt au-de ssous de l'ombilic ; elle en apprécie les mouvemens et tous les changemens de forme, et peut facilement sentir la dépression qu'offrirait le bas-fond, s'il tendait à se renverser. De même que la main qui est à l'extérieur perçoit et modère l'impression communiquée, de même celle qui est introduite dans la cavité, tout en exerçant des tractions avec de grands ménagemens, est à même de juger si le placenta cède ou se déchire, ou entraîne à sa suite la partie avec laquelle il est solidement accolé.

Ce moyen, qu'on devait employer, n'a pas plus de succès que le premier, et malgré les efforts les mieux dirigés il en reste près d'un tiers adhérent. On pouvait l'y abandonner sans beaucoup en redouter les suites ; et c'est assurément la décision qu'on aurait prise, si l'hémorrhagie n'avait pas continué avec autant d'abondance qu'avant les premières tentatives. Une nouvelle introduction de la main devenait nécessaire : elle fut pratiquée, et on sentit très-bien alors tout ce que l'utérus pouvait encore contenir.

Aucune traction n'était plus possible, car tout ce qui restait était adhérent ; et cependant, à tout prix, il fallait arrêter la perte. La décortication fut mise en usage, et quelques petits lambeaux ne cédèrent qu'à des efforts réitérés. Bien que tout ne fût pas venu, l'hémorrhagie s'arrête, et M. Dubois borna là ses recherches, recommandant d'observer la femme, craignant que ce qui restait ne reproduisît dans la soirée l'écoulement de sang. Ses prévisions ne furent pas trompées : à trois heures l'hémorrhagie reparut. Les réfrigérans ayant été inutiles, une troisième tentative eut le même résultat que la seconde, et soit le peu qu'on amena encore au-dehors, soit l'irritation produite par cette tentative elle-même, l'hémorrhagie s'arrête de nouveau. Après avoir bien apprécié ce que contient l'utérus des restes du placenta, il les y abandonna, ne redoutant de leur

présence que le renouvellement de la perte qui pouvait cependant ne pas avoir lieu. Il regarde les recherches qu'il aurait pu faire, une fois la perte calmée, plus dangereuses pour la femme que la présence d'une partie de l'arrière-faix restant dans la matrice; recherches qu'il aurait fallu réitérer, si la cause qui les avait nécessitées s'était réitérée elle même. Mais ni l'écoulement de sang, ni le placenta abandonné, rien ne reparut.

Les jours qui suivirent l'accouchement, les lochies devinrent fétides, et devait-on attribuer cette circonstance à la putréfaction du placenta? Mais l'on sait très-bien qu'il n'est pas rare d'observer des lochies qui acquièrent une odeur repoussante chez des femmes qui, après avoir été délivrées, sont d'une propreté extrême. Il est assez difficile d'en assigner la cause, et ne pourrait-il pas se faire que ce fût la même qui eût determiné ce phénomène chez notre malade? On sera d'autant plus fondé à le croire, si on remarque que chez elle il ne s'est écoulé aucune petite partie du corps supposé en putréfaction; que la fétidité était presque complètement dissipée le 15, jour où elle rendit son premier caillot dont l'issue fut suivie d'un écoulement de sang déterminé par la présence de la portion du placenta qui adhérait encore. Le lendemain, le même phénomène se répète, toujours produit par la même cause qui empêchait le resserrement des fibres de la matrice au point de l'adhérence. Cette hémorrhagie, quoique moins violente que le jour de l'accouchement, n'en reconnaissait pas moins le même mode de production: la cause qui l'avait précédemment déterminée et qui persistant encore était en partie détruite, tant par les dernières recherches de M. Dubois, que par ce qui avait pu disparaître par l'absorption qui s'opère quelquefois dans la cavité de l'organe.

Le 15 et le 17, l'utérus contenait donc encore du placenta qui n'est pas sorti par la suite, qui n'est pas tombé

en détritus ni en putréfaction, puisqu'après cette époque, les lochies sont devenues tout-à-fait naturelles, peu abondantes et nullement fétides. La malade n'a, du reste, éprouvé aucun autre accident.

Qu'est devenue cette partie ainsi abandonnée et qui n'est pas sortie? Pour nous avec MM. Nægelé, Salomon, Gabillot, nous pensons qu'elle a été absorbée dans l'intérieur de la matrice. Les faits qui viennent à l'appui de cette opinion, et rapportés par les hommes que nous venons de citer, par cela même qu'ils sont peu nombreux dans la science, ont été contestés, soit qu'on l'ait fait sans aucun examen, soit qu'à l'exemple de Mme Boivin, on ait observé des cas qui auraient pu induire en erreur pour adopter cette opinion.

Nous devons dire à l'avance que nous sommes entièrement persuadé que la sage-femme que nous venons de citer, lorsqu'elle a publié un Mémoire pour montrer que cette absorption ne pouvait avoir lieu, a été seulement guidée par les observations que sa pratique a pu lui fournir; c'est dans cette persuasion que nous discuterons jusqu'à quel point peut être exclusive l'opinion qu'elle y a professée.

En mettant en parallèle ses propres observations et celles des hommes qu'elle a combattus, nous pourrons plus sûrement déterminer quels sont les cas où cette absorption a pu réellement être faite, et ceux qui ont pu y faire croire sans qu'elle ait eu lieu.

Première observation de M. Nægelé (1). — « En 1803, M. Naegelé a observé le cas suivant : une Dame enceinte pour la première fois, accoucha entre la 24e et la 26e semaine de sa grossesse. L'enfant vécut plusieurs heures : il n'y eut que peu d'hémorrhagie après le travail; l'arrière-faix resta dans l'utérus. Le cordon ombilical très-mince

(1) *Bulletin des Sciences médicales*, tome XVI, année 1829, page 18.

s'était rompu, quoiqu'il n'ait été soumis à aucune traction violente. Le retard de la délivrance était un grand sujet d'inquiétude pour la mère et sa famille. Le cas fut observé avec la plus grande attention. Pendant quatre jours seulement, il y eut des lochies très-peu abondantes et tout-à-fait inodores, avec quelques caillots de sang. Vingt-quatre heures après l'accouchement, il y eut un mouvement fébrile sans douleur dans l'abdomen. Point de turgescence dans les membres. La menstruation reparut après la onzième semaine, et 21 mois plus tard, la femme accoucha d'un enfant à terme. »

II.e Obs. *de M. Nægelé* — « En 1811, il eut l'occasion d'observer de la manière la plus exacte un avortement qui eut lieu, sans cause extérieure, dans la quatorzième ou quinzième semaine. Il n'y eut presque pas d'hémorrhagie, et le placenta resta dans l'utérus. Un mouvement fébrile qui se déclara le troisième jour, disparut bientôt. Il n'y avait aucune douleur locale, aucun écoulement par les voies digestives. La menstruation reparut après la neuvième semaine, sans qu'on eût vu la moindre trace de l'arrière-faix. »

III.e Obs. *de M. Nægelé.* — « Le 13 janvier 1828, M. Nægelé fut appelé auprès de la femme d'un propriétaire, âgée de 24 ans. Elle était accouchée la veille, à onze heures du matin, de son second enfant. L'arrière-faix ne voulait pas suivre. Dans l'après-midi, il y eut une métrorrhagie abondante suivie de faiblesse. Un médecin et un chirurgien-accoucheur, qu'on appela, trouvèrent l'utérus contracté en forme de sablier, et le placenta enchatonné de manière qu'il fut impossible d'y arriver avec la main. On prescrivit la teinture de canelle avec un peu d'opium à l'intérieur, et des fomentations tièdes sur le ventre. L'hémorrhagie se renouvela plusieurs fois dans la nuit, et le lendemain, l'écoulement commença à devenir fétide. M. Nægelé, qui vit la dame environ trente heures après

l'accouchement, la trouva très-pâle ; l'utérus était assez fortement contracté, non pas en forme de sablier, mais en bourre. L'écoulement par le vagin était excessivement fétide. On sentait avec le doigt une portion du placenta dans l'orifice utérin. M. Nægelé crut que le placenta était décollé, et le docteur Rigby, de Norwich, qui était présent, fut du même avis. On résolut donc d'extraire l'arrière-faix. L'introduction de la main fut très-difficile, à cause de la contraction énergique de l'utérus, et de plus parce qu'une grande partie du placenta adhérait encore fortement à l'utérus. Cette circonstance, et l'indocilité de la malade, ne permirent d'enlever que les deux tiers à-peu-près du placenta. Le reste ne put être extrait ; c'est ce dont se sont convaincus tous les médecins qui étaient présens. Il n'y eut plus d'hémorrhagie. Dans la nuit suivante et le lendemain on fit de fréquentes injections avec une infusion de feuilles de sauge; elles n'enlevèrent que quelques caillots sanguins. Vingt-quatre heures après l'opération il se déclara une fièvre intense avec violente céphalalgie, pouls plein et forte chaleur. L'abdomen était sans douleur, même à la pression. Les mamelles étaient flasques, quoiqu'on les présentât fréquemment à l'enfant. Il n'y avait plus aucune trace d'écoulement lochial. On prescrivit une émulsion d'amandes nitrée et une boisson rafraîchissante ; des lavemens pour tenir le ventre libre, et des injections dans l'utérus avec une infusion de fleurs de camomille. Le troisième jour, les mamelles devinrent turgescentes, et la sécrétion du lait s'y établit ; mais l'enfant refusa de téter ; la fièvre cessa, et avec elle la sécrétion du lait. La femme se trouva parfaitement bien jusqu'au 27 janvier : ce jour-là il se manifesta une ophthalmie de l'œil gauche tellement violente, qu'en peu de jours, malgré le traitement le mieux suivi, la faculté visuelle fut détruite par l'obscurcissement du corps vitré et du crystallin. Dans la treizième semaine après l'accouchement, la menstruation reparut :

elle fut tout-à-fait normale, et la femme, abstraction de la perte de l'œil gauche, jouit d'une parfaite santé. »

M. Nægelé ajoute que le docteur Gælzenberger, accoucheur à Heidelberg, a observé très-exactement deux cas de la même espèce, et il croit avoir la certitude qu'aucune trace de l'arrière-faix n'a été expulsée ni à l'état solide, ni à l'état liquide. Nous n'avons pu nous procurer les détails de ces deux observations.

Observation de M. Salomon, de Leyde (1). — « Le 17 mars 1826, dit M. Salomon, je fus appelé à Norwich, village situé près de Leyde, chez madame N...., âgée de 25 ans, accouchée la veille pour la première fois. J'y fus attendu par M. Van-der-Boon, chirurgien-accoucheur du lieu, qui avait assisté la malade pendant le travail de l'accouchement. Voici les renseignemens qu'il me donna :

» Le cours de la grossesse avait été naturel : seulement vers la cinquième semaine il s'était manifesté un léger écoulement de sang que le repos avait fait cesser, et qui reparut deux semaines après, accompagné de quelques douleurs qui se dissipèrent encore. Depuis quinze jours, la jeune dame ne sentait plus remuer son enfant, quoique primipare. Le travail ne dura que trois heures. D'après le calcul de madame N..., il s'en fallait de trois semaines qu'elle fût à son terme. L'enfant présentait la tête qui franchit spontanément les parties; mais la contraction ayant cessé, les épaules furent retenues pendant quelque temps. On les dégagea avec la main. En effet l'enfant, qui paraissait n'être pas à terme, semblait être mort depuis quelques semaines.

» On fit prendre le repos nécessaire à l'accouchée, et comme il survint une métrorrhagie considérable, l'accou-

(1) *Mémoires de madame Boivin*, p. 27, traduction de madame Wyttenbach. *Voyez* aussi le *Bulletin des Sciences médicales*, tome XVI, année 1829, page 287.

cheur se vit obligé, au bout d'un quart-d'heure, d'examiner l'état des parties, pour aviser aux moyens de faire cesser la perte, et en même temps pour extraire le placenta. La perte de sang n'avait pas été aussi abondante qu'on l'avait cru d'abord. L'orifice de l'utérus se trouvait resserré au point de ne pouvoir y introduire l'extrémité de deux doigts. L'accoucheur ne put faire l'extraction du placenta; il se vit forcé d'abandonner la délivrance à la nature. Les recherches subséquentes prouvèrent que l'utérus resta invariablement dans le même état de contraction.

» Aucun changement n'étant survenu chez madame N... depuis qu'elle était accouchée, la nature n'ayant fait aucun effort pour expulser le placenta, Van-der-Boon proposa de prendre mon avis dans cette circonstance.

» Je trouvai la femme fort inquiète sur son état; le pouls fréquent et serré, soif, douleur errante dans l'abdomen, dont les parois étaient souples et non tendues. L'éjection de l'urine était facile; l'utérus était contracté, son fond ne dépassait pas l'os pubis; les parties génitales étaient très-sensibles; l'orifice de l'utérus était resté très-resserré, spécialement l'orifice interne, qui ne put permettre l'admission de deux doigts. Le cordon ombilical, mince comme un fil délié, ne permettait pas qu'on s'en servît pour aider à la délivrance. (Emulsion avec addition de sirop de pavot; injections dans l'utérus avec infusion de camomille et de vin rouge; cataplasme).

» Le 18 mars, il y avait du frisson; les mamelles étaient légèrement tuméfiées, ainsi que le ventre qui était un peu douloureux de chaque côté; point de lochies. L'utérus, diminué de volume, était descendu dans le bassin; son orifice était plus resserré et dirigé en arrière, au point que l'exploration en devenait plus difficile. (Même traitement).

» 19 mars, nuit agitée; point d'efforts pour expulser le placenta; l'orifice est dans le même état. Le 20, rien d'anormal.

» Le 21, il était évident que le matin la nature avait fait des efforts pour expulser le placenta. Outre la douleur, la malade éprouvait un sentiment de pression vers le bas. Elle fut débarrassée de plusieurs flots de lochies brunes et noirâtres. Cependant l'abdomen restait souple, sans douleur, excepté un petit point au-dessus du pubis, qui était très-sensible au toucher. L'utérus était encore plus enfoncé dans le bassin; son col était plus mou; il se trouvait dans son orifice un petit morceau de placenta, que j'enlevai avec mon doigt; l'utérus était entièrement contracté sur le placenta. (Frictions; cataplasme laudanisé; julep éthéré).

» Le 22, les lochies peu abondantes, mais très-fétides; l'orifice de l'utérus, peu ouvert, n'est plus tourné vers le sacrum; il s'y trouvait encore un petit lambeau de placenta, dont on fit l'extraction. (Même traitement).

» Le 23, point de lochies; l'utérus continue de diminuer de volume. L'orifice étant presque fermé, on fut forcé de suspendre les injections qu'on avait faites jusqu'alors, à cause de la difficulté de l'introduction de la canule.

» Des symptômes de métro-péritonite se sont ajoutés à cet état. Le 3 avril, l'utérus à l'exploration était sans douleur; l'orifice tout-à-fait clos à l'état normal. Plus de lochies. La malade fut complètement rétablie de tous ses accidens à la fin d'avril. Les menstrues, après l'accouchement, ont reparu à leur temps à toutes les époques ordinaires. »

M. Salomon ajoute: « Je ferai observer que pendant toute la durée des couches et pendant la convalescence de madame N..., l'on a donné l'attention la plus scrupuleuse et la plus constante au placenta; aucune évacuation quelconque ne fut jettée sans avoir été examinée avec soin, soit par M. Van-der-Boon, soit par moi. Jamais nous ne pûmes découvrir la moindre trace de placenta. »

Observation d'un placenta resté dans l'utérus; par le

docteur Gabillot, de Lyon (1). — Une dame de 28 ans, mère de trois enfans, était enceinte de quatre mois et demi, lorsque, sans cause connue, elle fit une fausse-couche et mit au monde un enfant vivant. Du sang liquide, en assez grande quantité, précéda et suivit l'expulsion du fœtus. Lorsque j'arrivai, le cordon ne tenait plus qu'au placenta qui me parut solidement implanté dans le fond de la matrice. J'attendis, mais en vain, que de nouvelles contractions utérines me permissent de faire la délivrance. La matrice se resserra, et l'hémorrhagie cessa bientôt tout-à-fait.

» Le 3.e jour, la fièvre de lait fut assez apparente; le ventre était un peu gonflé et douloureux dans la région épigastrique, et le pouls fort. Je pratiquai une saignée du bras dans le double but de diminuer le resserrement de l'utérus et de diminuer son inflammation. Les lochies furent rares, presque séreuses et inodores. J'apportai le plus grand soin dans tout ce qui pouvait être expulsé de la matrice; je n'aperçus jamais rien qui pût me faire supposer que le placenta se détachait par lambeaux, et semblait se fondre et s'écouler avec les lochies.

» Je commençai à croire que la gestation pouvait être double, et je fus entretenu dans cette idée pendant une quinzaine de jours, en voyant persister le volume du ventre et le gonflement des seins.

» Cependant la santé se rétablit, les règles revinrent trois mois après, et une nouvelle grossesse qui survint parcourut sa marche ordinaire sans aucun accident. L'accouchement eut lieu un an et quelques jours après l'avortement dont j'ai parlé. L'enfant était excessivement gros. J'examinai soigneusement le placenta, qui ne m'offrit rien de particulier. »

M.me Boivin, après avoir examiné les observations que

(1) *Nouvelle Bibliothèque médicale*, tome III, page 394.

nous venons de citer, à part toutefois celle du docteur Gabillot et celle qui nous est propre, conclut qu'elles ne sont pas assez convaincantes pour faire admettre cette absorption du placenta, se fondant sur ce qu'on a pu croire à la réalité de ce phénomène, dans le cas de certains vices de conformation du placenta; vices de conformation qui n'ont pas été signalés par les docteurs Nægelé et Salomon, et dont elle rapporte des exemples.

« Ces vices de conformation, dit-elle, consistent dans la division du placenta en plusieurs lobules distincts et séparés les uns des autres par des portions de membranes plus ou moins étendues; ils ne communiquent entre eux que par des vaisseaux qui rampent entre le chorion et l'amnios, et vont se perdre dans chaque lobule. Quelquefois, mais plus rarement, les vaisseaux du cordon se subdivisent dans une masse de tissu rouge gélatiniforme; d'autres fois, enfin, les vaisseaux ombilicaux, au lieu de terminer leur division en nappe vasculeuse, se prolongent dans toute l'étendue du sac fœtal; de sorte que le placenta, dépourvu de son parenchyme, et presque entièrement membraneux, est parfois tellement mince, que quelques-uns, pour qui cette disposition était inconnue, crurent à la possibilité de l'absence du placenta, et ont écrit que le fœtus était né sans cet organe intermédiaire de la circulation de la mère à l'enfant. »

Comby, d'après M. Salomon, cite un cas où le cordon ombilical se terminait en une espèce de nœud qui remplaçait le placenta; et à ce propos, M.me Boivin ajoute dans une note, qu'elle a vu tout récemment chez une femme qui eut un avortement au sixième mois de la grossesse, un fœtus dont le cordon ombilical avait un nœud, et tout près de ce nœud s'était opérée la rupture du cordon. En examinant ce nœud avec attention, on y découvrait les débris d'un vaisseau qui avait une communication avec le reste du cordon et le placenta. Le fœtus paraissait mort

depuis plus de six semaines ; il était *squelettisé*, et le globe de l'œil était affecté de l'un et de l'autre côtés.

Sur ces vices de conformation du placenta, elle cite trois observations choisies parmi celles que lui a fournies sa pratique particulière. Elles sont trop intéressantes pour que nous ne nous empressions pas de les rapporter ici.

I.re Obs. *de M.me Boivin.* (Juin 1820). — M.me G...., demeurant à Paris, place des Victoires, avait tous les symptômes apparens d'une hydropisie ascite ; mais comme elle avait eu d'abord quelque idée de grossesse, et qu'il lui semblait parfois sentir remuer, nous fûmes appelés pour constater l'état de l'utérus. En effet, cette dame se trouvait enceinte d'environ six mois. L'abdomen continuant à se développer d'une manière effrayante, à cause de l'état de suffocation qui en résultait, M. Duméril et moi, d'après le consentement des parens, fîmes demander l'avis de M. Dubois. Nous venions d'examiner la malade, qui était dans le huitième mois de sa grossesse. Le col utérin était entièrement effacé ; l'orifice assez entr'ouvert pour arriver jusqu'aux membranes, dont nous proposâmes la rupture comme le seul moyen de réduire les dimensions de l'utérus, qui était le siège de l'hydropisie, et d'amener le plus promptement possible les contractions de ce viscère. Ce point convenu, nous glissâmes dans l'orifice une sonde de femme, et nous rompîmes les membranes à une certaine profondeur, pour empêcher que l'utérus ne se brisât trop brusquement. [1]

» L'eau s'écoula pendant à-peu-près douze heures ; les parois de la matrice se rapprochèrent insensiblement ; l'orifice s'ouvrit assez pour laisser couler un petit fœtus vivant du poids de deux livres et demie à trois livres ; mais l'utérus était resté dans un état de collapsus plus complet ; le

(1) M.me Boivin, *Observation et réflexions sur les cas d'absorption du placenta*, p. 15.

sang ruisselait de sa cavité ; la main que nous y avions introduite se trouvait plongée dans un énorme sac vide, absolument vide.

» Le placenta, que nous reconnûmes pour tel par le cordon grêle qui nous avait servi de guide, ne formait qu'une couche mince, qui s'étendait dans presque toute l'immensité de la face interne de ce viscère. Ce ne fut qu'après beaucoup de peines et de tentatives réitérées, que nous parvînmes à détacher entièrement, à amener au-dehors, roulé plusieurs fois sur lui-même, un placenta sans forme, muni de son cordon.

» La délivrance dura plus de trois quarts-d'heure, et pendant ce temps la perte cessait et reprenait avec plus ou moins de violence.

» M. Dubois, que nous avions fait prévenir, arriva comme la délivrance venait d'être terminée et la perte arrêtée. Nous fîmes ensemble l'examen du placenta. Après l'avoir déroulé, nous jugeâmes qu'il avait douze pouces d'étendue dans un sens, et neuf à dix pouces dans un sens opposé. Dans les points les plus épais et qui étaient distans les uns des autres, il n'y avait guères que deux à trois lignes d'épaisseur ; c'était sur un de ces points qu'était implanté le cordon. Les vaisseaux ombilicaux serpentaient et se croisaient irrégulièrement dans une grande étendue des membranes.... »

IIe Obs. (Mai 1823). — « Une dame de la rue Basse-Saint-Denis, âgée de 38 à 39 ans, déjà mère de plusieurs enfans, était enceinte de quatre mois et demi lorsqu'elle fut prise d'une métrorrhagie violente et spontanée, dans laquelle la malade perdit en peu d'instans plein un pot de nuit de sang fluide. Cette dame avait d'abord fait appeler à son secours M. Duméril, son médecin, qui me fit prier de passer chez sa cliente. L'écoulement du sang se modéra après l'application des moyens ordinairement employés dans ces cas. Le lendemain quelques douleurs

vives se firent sentir dans la région interne, qui furent suivies de l'expulsion d'une masse du volume d'un gros œuf légèrement aplati ; débarrassée des caillots dont elle était en partie composée, cette masse s'est trouvée réduite à deux grands lambeaux de membranes, sur lesquels se dessinaient les longues et sinueuses divisions des vaisseaux ombilicaux. Le cordon n'offrait guère qu'une ligne et demie de diamètre. Il n'était point tortillé, les membranes présentaient la forme d'un entonnoir, dont la partie la plus large allait se confondre avec les membranes fœtales dont elle n'était que la continuation, le cordon n'était composé que de deux vaisseaux, une artère et une veine. »

III.e Obs. (Août 1820). — Madame D...., âgée de 22 ans, enceinte de son premier enfant, accoucha naturellement, après un travail qui ne dura pas plus de huit heures. A peine l'enfant fut-il sorti, qu'il s'échappa de l'utérus plusieurs flots de sang fluide. Nous portâmes plusieurs doigts dans l'orifice de l'organe pour prendre connaissance de la situation du placenta; ayant saisi le cordon de l'autre main nous fîmes dessus quelques légères tractions; il vint à nous avec une masse parenchymateuse du volume d'un gros œuf. Nous reportâmes la main dans l'utérus pour l'exciter à se contracter. Lorsque nous voulions saisir une portion de ce placenta, il se divisait, il s'écrasait sous les doigts, il nous était impossible d'en amener au-dehors une masse d'un certain volume. Ce ne fut qu'après avoir fait plusieurs injections froides abondantes, que l'hémorrhagie cessa et que l'utérus se trouva déblayé entièrement des débris du placenta gélatiniforme.

» La portion de placenta qui tenait au cordon présentait les divisions de la veine et des artères ombilicales, et formait une masse d'environ deux pouces et demi de diamètre, et à-peu-près un pouce d'épaisseur à l'endroit où aboutissait le cordon, qui n'était guère plus gros que le tuyau d'une plume d'oie. Un des bords de cette masse était ar-

rondi, et le reste présentait des ramifications vasculeuses, libres comme les racines d'une plante. Dans les portions de placenta qui avaient été entraînées au moyen des injections, il y en avait de fibrineuses, mais d'un tissu si mou, si lâche, qu'on en divisait les parties en les comprimant entre les doigts ; d'autres petites portions du placenta étaient tout-à-fait gélatineuses ; il y en avait quelques-unes qui portaient des débris de petits vaisseaux, d'autres qui etaient recouvertes d'un tissu membraneux très-mince...... »

C'est d'après ces faits, que nous sommes loin de révoquer en doute, que Mme Boivin se fonde pour rejeter entièrement cette absorption du placenta ; mais malgré toute l'autorité qui doit avoir son opinion, nous trouvons qu'il y a moins de probabilité pour adopter sa manière, en tant toutefois qu'elle est exclusive, qu'il y en a pour celle qui lui est opposée.

Et d'abord examinons les faits cités par M. Nægelé. Dans la première observation, de ce que le cordon s'est détaché du placenta avec facilité et sans qu'on ait exercé des tractions violentes, il ne s'en suit pas qu'il n'y ait pas eu de placenta, ni qu'il fût remplacé par des membranes. Quelques jours après l'accouchement, il est sorti *quelques caillots de sang*. Ils n'étaient ni nombreux ni bien considérables, et examinés avec soin, on y a rien vu qui ressemblât au placenta, qui n'est pas tombé en putréfaction, car les lochies ont été *peu abondantes et très-modérées*. Quand M. Nægelé nous dit que la malade été a surveillée pendant *neuf jours sans interruption*, il fallait pour qu'il l'ait avancé qu'il eût la certitude de cette surveillance dans un cas qui lui paraissait extraordinaire.

Mais enfin faisons des concessions et admettons que le placenta *membraneux* soit sorti et ait été confondu avec les caillots sanguins qui se sont écoulés ; certes, il sera bien impossible de trouver les mêmes motifs dans le deuxième cas : aucun caillot, aucun écoulement par le vagin ne se

manifesta jusqu'à la neuvième semaine où les règles reparurent, sans qu'on eût vu la moindre trace de l'arrière-faix.

Si on compare la troisième observation avec celle que nous avons prise à l'hôpital de la Clinique, on sera frappé de l'analogie qui existe, si on en excepte toutefois la perte de l'œil qui suivit l'ophthalmie dont fut atteinte la malade de M. Nægelé.

Le placenta dans ces deux cas était loin d'être membraneux, car il fut facile de le sentir et d'en apprécier le volume; une partie était intimement adhérente, et malgré l'introduction de la main, malgré les efforts les mieux dirigés, cette partie resta dans la cavité utérine. On l'a évaluée dans les deux à un tiers à-peu-près, et il me semble, contre l'avis de Mme Boivin, que cette appréciation était facile à faire, tant par la portion qu'on pouvait sentir encore dans la cavité de la matrice, que par l'examen de la partie amenée au-dehors. Pour qui n'a pas souvent porté la main dans cette cavité, ajoute Mme Boivin, il est facile de prendre les rugosités de la face interne pour des portions adhérentes? Oui, l'erreur pourrait être commise; mais ce ne sera que par une sage-femme peu attentive, ou pour un accoucheur ordinaire au début de la carrière, mais pour MM. Nægelé et Paul Dubois, elle n'est plus possible. Qui pourra jamais avoir cette connaissance exacte, qui pourra avoir plus d'habitude et d'habileté pour l'exploration d'une partie, que les deux accoucheurs que nous venons de citer! Et souvenons nous que si les deux praticiens placés dans les conditions les plus favorables à une grande expérience ne peuvent acquérir cette certitude, convenons que la perspective est désespérante pour nous, qui n'aurons pour guide que les faits isolés de notre pratique.

Lorsqu'il manquait un tiers du placenta de la femme Aubert, lorsque, à deux reprises différentes, M. P. Dubois en détache quelques petits lambeaux et qu'il lui est facile d'ap-

précier le volume de ce qu'il en peut extraire, il n'y a plus de doutes pour nous qu'il n'en reste dans l'organe ; et lorsque, après l'examen des deux caillots que l'accouchée a rendus, examen fait par M. Dubois lui-même, on n'a reconnu que du sang coagulé, nous avons encore la certitude que rien n'est sorti au dehors.

Si, dans les trois cas observés par M. Nægelé, il n'y eut plus d'hémorrhagie comme celles qui survinrent chez notre malade le 15 et le 17 janvier, cela pouvait tenir à plusieurs circonstances, telles que l'irritation et les contractions utérines déterminées par l'introduction de la main, à la sortie de la portion de placenta décollé ; et il ne faudrait pas conclure de l'absence consécutive de l'écoulement du sang, qu'il n'est rien resté de la cause qui primitivement pouvait le déterminer.

Quant à l'observation citée par M. Salomon, elle paraît beaucoup moins concluante que celles de M. Nægelé, surtout que la troisième, et que celle prise dans le service de M. Dubois. Mme Boivin s'est particulièrement attachée à la combattre, et il faut convenir qu'elle y est, au moins en grande partie, parvenue, tant en faisant ressortir des détails qui laissent quelques doutes, tels que la ténuité du cordon, la contraction de l'utérus, son peu de volume qui n'était pas naturel, la putréfaction des lochies, etc., que par sa troisième observation où le placenta était formé de plusieurs lobules peu volumineux, et qui de bonne foi paraissaient avoir beaucoup d'analogie avec le cas cité par M. Salomon.

Cependant le placenta était-il uniquement constitué par deux petites parties de la grosseur du pouce qui se sont présentées dans le vagin à deux jours d'intervalle ; en vérité, nous n'osons pas l'affirmer ! Contentons nous de signaler ces faits, et de dire que peut-être l'arrière-faix y était-il tout entier ; que peut-être aussi a-t-il pu en rester une partie, et cette partie avoir été absorbée !

Le cas rapporté par M. Gabillot paraît beaucoup plus positif; et on ne pourrait, d'après les détails de son observation, nullement supposer que le placenta fût membraneux ou bilobé ; et quand même il aurait eu l'une ou l'autre de ces deux dispositions, il aurait bien fallu admettre cette absorption : car le cordon, dont le volume n'a pas été noté, tenait encore quand l'hémorrhagie s'arrêta ; les lochies, qui furent *rares, presque séreuses* et *inodores*, n'ont pu l'entraîner avec elles. Ici le volume du ventre persista au point de faire croire à une grossesse double, dont l'auteur ne fut désabusé que par la disparition de tous les symptômes, par le retour des règles et de la santé.

Nous regrettons seulement que dans ce fait, qui nous paraît tout-à-fait concluant, M. Gabillot ne nous ait donné aucun détail sur la cause qui occasionna la chute du cordon, et comment ce cordon était lui-même terminé. Eût-il présenté à son extrémité utérine l'espèce de nœud signalé par Comby, il devait y avoir au moins des membranes, et ces membranes n'ont pas été expulsées !

Nous pensons, d'après ces faits, et malgré les belles observations de Mme Boivin, que cette absorption peut avoir lieu, et que réellement elle s'est opérée : que non-seulement le placenta seul a pu l'être, mais que des parties beaucoup plus solides ont disparu de la cavité utérine où elles étaient contenues. C'est ainsi que des fœtus y ayant séjourné, ont été transformés en un véritable squelette, comme Mauriceau en rapporte un exemple, comme M. Paul Dubois nous en a montré un venant de la Maternité; comme Mme Boivin l'a remarqué elle-même dans l'observation où elle rapporte que le cordon était terminé en nœud, et où le fœtus, dit-elle, était *squelettisé* (2). Nous pensons que, par cette expression, elle a voulu parler d'un fœtus dont les parties molles avaient disparu, et

(2) Même Mémoire, page 23.

assurément ce ne pouvait être que par absorption, et dont il ne restait que le système osseux, comme dans les cas de M. Dubois et de Mauriceau.

L'anatomie comparée nous fournira de fréquens exemples de cette absorption, et il est arrivé souvent de trouver dans l'utérus de la vache des os minces en partie usés, restes d'un fœtus qui pouvait avoir acquis un développement plus ou moins complet. C'est ainsi que M. Huzard (1), après avoir rapporté l'histoire d'un veau resté quinze mois après le terme de la gestation, dans la cavité de la matrice, ajoute : « Le citoyen Gilbert a lu à l'une des séances de la classe (2), l'observation d'une vache tuée à la ferme nationale de Rambouillet, et dans la matrice de laquelle on trouva les os d'un veau d'environ quatre ou cinq mois, parfaitement dépouillés des chairs. La vache ne donnait aucun signe de la présence de ces os dans la matrice, et avait été tuée, attendu son embonpoint. »

Th. Bartholin rapporte dans ses *Centuries anatomiques* et dans son *Traité des accouchemens extraordinaires*, un fait absolument semblable.

« En 1649, Huswing, porteur à Frédéricksbourg, avait une vache dont les signes de plénitude disparurent à l'époque du vêlage, et son ventre s'affaissa, sans qu'on s'aperçût de la sortie du veau. Quelque temps après on tua cette vache pour la cuisine. On trouva les os dans la matrice, entièrement dépouillés des chairs et desséchés. »

M.me Boivin, qui n'ignorait pas ces faits, reconnaît la propriété absorbante des surfaces séreuses; mais elle se demande si ce qui s'est passé dans l'utérus membraneux des mammifères doit arriver, et si l'on doit reconnaître les mêmes propriétés aux élémens qui entrent dans la composition de l'utérus humain? Elle laisse à d'autres le

(1) *Mémoires de l'Institut nation. des sciences et arts*, t. II; p. 295.
(2) 26 ventôse an IV.

soin de résoudre cette question qui, pour elle, se borne à savoir si la surface interne de la matrice est revêtue d'une membrane muqueuse ou séreuse, admettant dans les mammifères cette dernière disposition, puisqu'elle lui reconnaît la propriété absorbante.

Qu'on ait étudié cette surface chez la femme ou chez les animaux, d'après l'avis de plusieurs anatomistes, la disposition est la même, et à l'une comme aux autres, il n'y a qu'une membrane muqueuse, la séreuse s'arrêtant au pavillon de la trompe; c'est l'avis du moins de MM. Hipp. Cloquet (1) et Cruveilhier (2).

D'autres, au contraire, adoptant l'opinion de Chaussier, suivaient le péritoine par les trompes de Fallope, jusqu'au col de l'utérus où existait la ligne de démarcation entre la muqueuse et la séreuse.

Que l'on partage l'une ou l'autre manière de voir, toujours est-il que la disposition est la même, et que si la face interne de l'utérus de la vache, par exemple, a la propriété absorbante, celle de la femme, qui reconnaît la même disposition, la même structure anatomique, la possède aussi. Cette analogie ne se borne pas seulement à la face interne, toute la structure de l'organe offre la même similitude; c'est-à-dire, qu'il est composé de deux ordres de fibres musculaires, les superficielles longitudinales, les profondes, au contraire, affectant une disposition circulaire (3). Si nous trouvons la même structure, nous devons aussi admettre les mêmes phénomènes physiologiques.

Si nous voyons ces phénomènes s'opérer par la même organisation, les exemples viennent à l'appui de ce que le raisonnement nous avait fait présumer; les parties molles du fœtus ont été absorbées, comme nous l'avons dit plus

(1) Hipp. Cloquet, *Anatomie descriptive*, tome II, p. 660.
(2) Cruveilhier, *Anatomie descrip.*, tome II, p. 776.
(3) Cruveilhier, ouvrage cité, p. 778.

haut, tout aussi bien dans l'utérus de la femme, que dans celui de plusieurs animaux mammifères.

De cette persuasion que nous avons, ne tirons pas les mêmes conclusions que M.[me] Boivin semblerait nous supposer; et de ce que nous avons montré que cette absorption pouvait s'opérer, qu'on ne pense pas que nous ayons jamais eu l'idée d'excuser l'incurie ou l'ignorance. Loin de là: autant nous blâmerions une confiance sans bornes dans les phénomènes que nous avons vu s'opérer, autant nous serions peu indulgent pour celui qui, d'après cette connaissance, irait faire des tentatives qui ne manqueraient pas d'être plus préjudiciables pour la femme, que s'il eût suivi la conduite prudente que nous avons vu tenir; et disons, avec M. le professeur Paul Dubois, dont nous ne pouvons trop recommander les préceptes toujours dictés par une pratique aussi saine qu'éclairée, qu'il ne faut se reposer sur cette absorption que quand on ne peut mieux faire; car le plus souvent, ce séjour du placenta, qui peut se putréfier et donner lieu à tous les dangers d'une résorption purulente, est un accident fâcheux et qu'il faut prévenir.

Recherches pour servir à l'histoire pathologique du pancréas. (*Mémoire couronné par la Société médicale d'Emulation de Paris*), *par* J. T. Mondière, *D. M. P.*, *membre de plusieurs Sociétés savantes*, *médecin-adjoint de l'hôpital de Loudun* (*Vienne*). (1)

Quò minus nota eò magis exploranda sunt.
(Fernel).

Parmi les organes renfermés dans la cavité abdominale,

(1) Bien qu'il soit loin de notre intention de vouloir faire peser sur qui que ce soit des soupçons injurieux, nous croyons cependant qu'il est de notre devoir de déclarer ici que le manuscrit

le pancréas seul semble jusqu'à présent avoir échappé aux recherches des médecins anatomistes, et même de nos jours, où l'anatomie pathologique est cultivée avec tant d'ardeur, c'est à peine si l'on trouve quelques documens sur les altérations de cette glande dans les nombreux ouvrages publiés depuis le commencement de notre siècle. Il faut cependant en excepter l'ouvrage de Prost qui, dans les nombreuses ouvertures de cadavres qu'il a décrites, a toujours eu le soin de noter son état sain ou morbide. Si l'exemple de ce médecin laborieux eût été suivi, nous possèderions aujourd'hui plus de matériaux sur tout ce qui se rapporte aux altérations de cet organe, et son histoire pathologique présenterait alors moins de lacunes. Mais à cette cause, déjà assez grande, qui s'oppose à ce que la pathologie de cette glande soit plus connue, il en faut joindre une autre beaucoup plus puissante que nous allons indiquer.

Lorsqu'un organe est chargé de fonctions importantes et plus ou moins indispensables au maintien de cette harmonie de phénomènes qui constitue la santé et entretient la vie, lorsque la moindre modification organique qui lui arrive développe de nombreuses et d'actives sympa-

---

que nous avions envoyé à la Société médicale d'Emulation, s'est trouvé perdu. Obligé de faire une nouvelle copie, nous avons profité de cette circonstance pour utiliser les faits dont la science s'est enrichie depuis le moment (décembre 1833) où nous avons terminé notre travail. Nous ajouterons que nos premières recherches sur les maladies du pancréas remontent à 1830, comme pourraient l'attester M. Raige-Delorme et notre savant ami M. Dezeimeris. Cette explication nous a paru indispensable ; et parce que notre mémoire a disparu des archives de la Société savante qui l'a couronné, et parce que, depuis 1834, deux travaux sur le même sujet ont été publiés en Angleterre. Par là nous serons en droit de revendiquer la priorité, dans le cas où notre travail renfermerait réellement quelque chose d'utile et d'important pour la science.

thies, lorsque sa position et son isolement permettent au toucher de reconnaître promptement les changemens qu'il peut subir dans ses diverses conditions physiques, il est toujours facile alors de reconnaître dès le principe ses affections : celles-ci se traduisent au dehors par des signes que l'expérience a confirmés tant de fois qu'il est impossible de les confondre avec celles d'un autre viscère. Mais lorsqu'un organe est profondément situé, doué d'une force sympathique très-restreinte, entouré d'organes plus importans, lorsque ses dégénérations les plus profondes n'entraînent point, ou que très-rarement, la mort d'une manière immédiate ; lorsqu'enfin en scrutant les cadavres, on ne le trouve presque jamais seul malade, il est toujours difficile alors, nous ne dirons pas de reconnaître ses affections pendant la vie, mais encore de rapporter à ses lésions, après la mort, ceux des phénomènes qu'on a observés et qui leur appartiennent réellement. Tel est le *pancréas.*

Toutefois ici encore, comme pour les affections d'un organe dont nous nous sommes occupés dans une suite de mémoires (1), les faits, bien que publiés en petit nombre, ne sont pas tellement rares qu'on ne puisse dès à présent, en les rassemblant et les coordonnant, espérer de jeter quelque lumière sur les maladies du pancréas. C'est ce que nous allons essayer de prouver par le rapprochement d'un certain nombre d'observations bien faites que nos recherches nous ont fait connaître. Sans doute, et nous sommes loin de nous le dissimuler, notre travail devra nécessairement offrir beaucoup de lacunes; mais n'aurait-il pour utilité que d'appeler l'attention des médecins et d'établir plus ou moins complètement l'état actuel de nos connaissances

---

(1) *Voyez* ce que nous avons publié sur les maladies de l'œsophage, dans les *Archives générales de Médecine*, 1.re série, T. XXIV, p. 388 et 543 ; T. XXV, p. 358 ; T. XXVII, p. 494 ; T. XXX, p. 181 ; 2.e série, T. I, p. 466, et T. II, p 504.

sur ce point, nous pensons qu'il serait encore digne de quelque intérêt. Ce n'est donc point une monographie que nous offrons à la Société savante à laquelle nous avons l'honneur d'appartenir, mais bien un simple plan sur lequel nous marquerons seulement les points culminans du terrain qu'il nous faudrait parcourir.

Mais avant de passer à l'étude des altérations pathologiques que peut subir le pancréas, nous croyons devoir exposer succinctement tout ce qui a rapport à l'anatomie et à la physiologie de cet organe. Nous aurons, par la suite, plus d'une occasion de faire une application utile de ces connaissances.

Anatomie humaine. — Sans chercher à soulever le voile qui obscurcit encore la découverte du pancréas, nous nous bornons à dire que c'est à Hérophile et à Eudème que sont dues les premières notions un peu exactes sur cet organe, et que ces anatomistes ont avancé qu'il en découlait un liquide dans les intestins, mais sans en indiquer la voie (1). A peine cette glande fût-elle mieux connue, que chaque médecin, selon le système qu'il avait embrassé, s'empressa de lui faire jouer dans les maladies un rôle plus ou moins important. Ainsi Fernel la regarda comme le siège de l'hypochondrie, de la mélancolie, de l'atrophie (2), etc., etc.; Sylvius de le Boë, comme celui de l'hystérie (3); et de Graefe, tout imbu de la doctrine de ce dernier, rapportait à ses lésions les fièvres intermittentes (4).

Le pancréas est profondément placé dans la région épigastrique. Il s'étend transversalement de la portion recour-

---

(1) Galien, lib. II. *De semine*, cap. 7.

(2) *Universa medicina.* 1644; in-8.°, lib. VI, p. 549.

(3) Thiberge, *Diss. sur l'hystérie.* Thèse. Paris, 1824. N.° 61, p. 33.

(4) *Traité de la nature et de l'usage du suc pancréatique, où plusieurs maladies sont expliquées, et principalement les fièvres intermittentes.* Paris, 1666; in-12, fig.

bée du duodénum, jusqu'à la rate et même jusqu'au rein. En avant il est recouvert par le feuillet supérieur du méso-colon transverse et l'estomac ; en arrière il est couché sur la colonne vertébrale, à-peu-près au niveau de la douzième vertèbre dorsale, et se trouve en rapport avec l'aorte, la veine-cave, les piliers du diaphragme et les vaisseaux spléniques qui sont logés dans un ou deux sillons creusés dans sa substance. Il est aussi uni par du tissu cellulaire au rein et à la capsule surrénale du côté gauche. Son bord supérieur est traversé par le tronc cœliaque, et l'inférieur est intimement uni, presque dans toute sa longueur, avec la portion transversale du duodénum. De ses deux extrémités, la droite, plus volumineuse que la gauche, a reçu le nom de *tête*, et est embrassée par la seconde courbure du duodénum; la gauche, appelée *queue*, n'offre point de rapports constans. On rencontre quelquefois vers l'extrémité droite un prolongement plus ou moins distinct, dont Wharton avait déjà parlé (1), et que Winslow a décrit sous le nom de *petit pancréas*. Cette anomalie n'est pas très-rare, et comme ce prolongement peut être complètement séparé, il a fait croire à la duplicité du pancréas.

Le volume de cet organe ne présente rien de constant. M. Bécourt (2) a mesuré la longueur de trente-deux pancréas sains, la largeur de leur queue, la largeur et l'épaisseur de leur tête. Il résulte de ces recherches, que la longueur de cet organe varie depuis quatre pouces et demi jusqu'à treize, la largeur de la queue depuis six lignes jusqu'à trois pouces, la largeur de la tête depuis dix-huit lignes jusqu'à cinq pouces, et enfin l'épaisseur de la tête depuis trois lignes jusqu'à neuf. En prenant pour mesures

(1) Portal, *Histoire de l'anatomie et de la chirurgie*, T. III, p. 71.

(2) *Recherches sur le pancréas, ses fonctions et ses altérations organiques.* Thèse. Strasbourg, 1830; in-4.°, fig., p. 8.— Nous avons fait plusieurs emprunts à cette excellente Dissertation, comme on le verra par la suite.

du pancréas celles qui ont été trouvées par ce médecin, le plus grand nombre de fois, on peut lui assigner comme dimensions les plus communes :

	pouces.	lignes.
Longueur	8. . . .	»
Largeur de la tête.	2. . . .	6
Largeur de la queue.	1. . . .	6
Epaisseur de la tête. . .	». . . .	6

Son poids moyen varie entre trois et quatre onces.

Dans les premiers temps de la vie intrà-utérine, le pancréas est accolé à l'estomac, d'où il s'éloigne ensuite à mesure que le fœtus prend du développement (1). Nous ne savons pas à quelle époque on peut commencer à découvrir cette glande. Wrisberg (2) dit n'en avoir trouvé aucun vestige chez un fœtus de trois mois. Chez un autre, âgé de cinq mois, cet organe avait cinq lignes de long, et son conduit était très-apparent (3). M. Bécourt l'a trouvé long de deux pouces et demi, chez un fœtus dont l'âge n'est pas spécifié. Il semble donc résulter delà que le pancréas, comme les glandes salivaires, n'acquiert que progressivement son entier développement, sans présenter, dès les premiers temps de la vie, une sorte de prédominance sur les autres organes, comme l'ont répété plusieurs auteurs, entr'autres M. Renauldin (4).

La structure du pancréas se rapproche beaucoup de celle des glandes salivaires. Il est d'un blanc-grisâtre, d'une consistance ferme. Examiné au microscope, on voit que c'est un assemblage de corps globuleux, de granules disposés en groupes, séparés par du tissu cellulaire sous-fibreux qui leur forme une enveloppe serrée, et donnant

(1) J. F. Meckel, *Journal complémentaire*, T. II, p. 309.

(2) *Descript. anat. embryonis observationibus illustrata.* Diss. inaug. Gottingue. 1764, in-4.°, fig., p. 27.

(3) *Loc. cit.*, p. 37.

(4) *Dict. des Sciences médic.*, article *Développement.* T. IX, p. 49.

chacune issue à une branche du canal excréteur (1). A l'aide d'une longue macération, on peut également reconnaître cette disposition anatomique. Le pancréas reçoit ses principales artères de l'hépatique, de la splénique et de la mésentérique supérieure. Ses veines vont se dégorger dans les veines gastro-épiploïque, mésentérique supérieure et splénique. Ses nerfs sont tous ganglionaires et lui sont fournis par les plexus voisins.

De toutes les granulations dont la réunion constitue le pancréas, partent de petits canaux qui se réunissent les uns aux autres pour former le conduit pancréatique, qui s'étend, en grossissant, depuis l'extrémité gauche jusqu'au duodénum, dans lequel il s'ouvre vers la seconde courbure, trois pouces environ au-dessous du pylore. Quoique Jean-Maurice Hoffmann ait prétendu avoir découvert le canal pancréatique dans le coq-d'Inde, et l'avoir démontré à Wirsung, découverte qui lui est accordée par plusieurs anatomistes (Goelicke, G. Frank, Schenk et Gaspard Bartholin (2)), Haller et plusieurs autres historiens, en accordent cependant tout l'honneur à Wirsung, anatomiste bavarois, qui, en 1642, en publia une description et une figure prise sur l'homme même.

Ce canal, qui le plus ordinairement est simple et s'insère dans le duodénum par un orifice particulier et très-voisin du conduit cholédoque, ou par un orifice commun avec ce dernier, présente assez souvent des anomalies qu'il est bon de connaître.

Sur trente-deux sujets, M. Bécourt (3) a trouvé quinze fois un canal unique qui se réunissait au cholédoque. Chez onze sujets, ces deux canaux ont une ouverture distincte;

---

(1) Ducrotay de Blainville, *Cours de physiologie*, 1829, p. 465.

(2) *Exercitationes miscellaneæ varii argumenti, imprimis anatomici*. Leyde, 1675, in-8.°, p. 343.

(3) *Loc. cit.*, p. 11.

chez un il existait deux canaux pancréatiques, dont un s'unissait au cholédoque ; chez quatre ces deux canaux étaient isolés ; et enfin chez un autre individu, il y avait trois canaux, dont deux s'unissaient au cholédoque, et le troisième s'insérait seul dans le duodénum. Parmi les anomalies rapportées par les anatomistes, il en est de remarquables (1) : telles sont, entr'autres, celle observée par Brunner (2) ; et qui consistait en ce que le canal pancréatique et le cholédoque, distans d'un demi-pouce l'un de l'autre, communiquaient ensemble par une branche intermédiaire; celle remarquée par Moinicken, Winslow, Boehmer, Heuermann et Haller, dans laquelle un des canaux pancréatiques s'ouvrait dans le jéjunum ; celle de Sylvius de le Boë (3), qui trouva en 1663 un canal pancréatique qui, unique d'abord, se divisait ensuite : l'une des branches s'ouvrait dans le duodénum conjointement avec le canal cholédoque, l'autre s'insérait plus haut ; enfin l'anomalie de Graefe (4), qui à vu trois conduits, dont l'un s'ouvrait directement dans l'estomac. Nous ferons surtout remarquer ce dernier fait, parce que, des anatomistes ayant rencontré le canal cholédoque ouvert directement ou par une branche secondaire dans l'estomac, quelques physiologistes ont voulu expliquer certains cas de boulimie par cette disposition anatomique : ainsi M. Richerand dit, dans sa *Physiologie* (5), que Vésale raconte avoir vu le canal cholédoque s'ouvrir dans l'estomac, sur le cadâvre d'un forçat remarquable par sa voracité. Or, comme il s'en faut beaucoup qu'on puisse toujours arriver à la connaissance des

(1) *Voyez* à ce sujet les recherches de Tiedemann. *Journal complémentaire*, T. IV, p. 330.

(2) *Experimenta nova circà pancréas.* Leyde, 1822, in-12, fig., p. 11.

(3) *Collection académique.* Partie étrangère. T. VII, p. 201.

(4) *Loc. cit.*, p. 14.

(5) T. I.er, p. 201, 8.e édition.

causes de la boulimie, il est bon de tenir compte des faits qui pourront, peut-être plus tard, servir à expliquer ce phénomène; et on ne voit pas pourquoi le suc pancréatique, arrivant directement dans l'estomac, ne pourrait pas tout aussi bien que la bile (si tant est que cette action de la bile vienne à être prouvée), exciter la surface de cet organe et donner lieu à la *faim canine*.

M. Amussat (1) a prétendu, dans ces derniers temps, que le canal pancréatique s'ouvrait toujours dans le canal cholédoque et non dans le duodénum. Cette assertion, beaucoup trop générale, se trouve démentie par beaucoup de faits. Cependant Meckel (2), qui, avant l'anatomiste français, avait avancé le même fait, pense que la séparation des orifices de ces deux conduits, qui se rencontre quelquefois chez l'adulte, annonce un état stationnaire dans lequel l'intestin est demeuré, pendant qu'il parcourait ses périodes de développement. En effet, il résulte des recherches de cet homme célèbre que, chez l'embryon, l'orifice du canal pancréatique est tout-à-fait distinct de celui du canal cholédoque, et que ces deux conduits ne se réunissent que peu à peu.

Il peut y avoir absence complète du canal pancréatique. Ceci arrive quand, le tube digestif éprouvant un arrêt de développement, le pancréas reste adhérent à l'estomac et à l'intestin, comme cela existe, d'après Meckel, dans les premiers temps de la vie intrà-utérine. M. Aubery (3), médecin à Ecouis, a observé un cas de cette espèce, chez un enfant qui succomba six jours après sa naissance. L'estomac bien conformé était adhérent au pancréas dans son tiers postérieur, et le canal intestinal venait, après s'être replié deux fois sur lui-même dans l'épaisseur du pancréas,

(1) *Archives générales de Médecine*, T. XIV, p. 286.
(2) *Journal complémentaire*. T. II, p. 301.
(3) *Bulletins de la Faculté de Méd. de Paris*, 1805. T. I, p. 4.

se perdre dans cet organe par un tube sans ouverture ; les canaux cystique et cholédoque venaient aussi aboutir en ligne directe et sans se réunir dans le pancréas. Il n'y avait point de canal pancréatique.

Quant à la valvule que quelques anatomistes ont dit avoir vu garnir l'orifice intestinal de ce conduit, valvule formellement niée par Hygmore (1), elle n'a point été vue par Meckel (2), qui pense que cette apparence de valvule tient uniquement à la cloison qui sépare son embouchure de celle du canal cholédoque.

Anatomie comparée. — M. Bécourt (3) a répété un grand nombre des recherches faites, avant lui, par Vicq-d'Azyr (4), Meckel et Tiedemann, sur le pancréas considéré anatomiquement dans les individus qui composent les différentes classes de l'échelle animale. Il résulte de ces recherches que l'on trouve le pancréas chez tous les mammifères (5), chez les oiseaux qui, proportion gardée, l'ont plus volumineux que les premiers ; il est double chez la plupart d'entre eux (6). On le rencontre constamment

---

(1) *Corporis humani disquisitio anatomica*, etc. Hagæ-Comiti, 1651, in-fol., p. 45.

(2) *Manuel d'anatomie générale, descriptive et pathologique.* Paris, 1823, in-8.° T. III, p. 475.

(3) *Loc. cit.*, p. 12.

(4) *Système anatomique.* Quadrupèdes. Paris, 1792, in-4.°

(5) Le chat offre quelquefois une anomalie singulière, c'est-à-dire, une vésicule garnie d'un conduit qui se réunit au canal pancréatique, et forme avec lui un angle aigu, comme celui du canal hépatique avec le canal cystique. Ce réservoir du pancréas, qui a été observé d'abord par de Graaf, a été retrouvé depuis deux fois par Mayer (*), sur le même animal, et par Tiedemann, sur le phoque. Nous l'avons nous-même rencontré chez un chat que nous avons disséqué.

(6) Vicq-d'Azyr, *OEuvres complètes.* T. IV, p. 194.

(*) *Journal complémentaire.* T. III, p. 283.

aussi chez les reptiles, dans lesquels sa position et sa figure sont très-variables; chez les poissons, qui présentent, sous ce rapport, des variétés importantes : ainsi ceux qui sont larges, plats et cartilagineux (soles, raies, etc.), ont un pancréas d'une structure analogue à celui des trois classes précédentes, tandis que pour les autres familles de poisson, on appelle *pancréas* cet assemblage de petits filamens que les auteurs ont nommé *petits intestins cæcum*, ou appendices pyloriques, qui, dans plusieurs, renferment une couche glanduleuse fort épaisse. Enfin, chez les mollusques on ne trouve rien qui puisse être comparé au pancréas, et chez les insectes, cet organe est suppléé par les appendices borgnes du canal intestinal, qui ne se trouvent cependant que chez ceux qui ont un estomac cartilagineux. Observons encore que, chez les insectes qui sont munis de ces appendices, l'appareil salivaire manque, si ce n'est cependant chez la *blatte*, qui possède à la fois et ces appendices et un appareil salivaire.

Quant au canal pancréatique, on retrouve chez les mammifères les mêmes anomalies de nombre et d'insertion que nous avons signalées chez l'homme.

Analyse du suc pancréatique. — Malgré les recherches de quelques physiologistes modernes, la science ne possède encore rien de bien positif sur la composition chimique du liquide sécrété par le pancréas. Nous ne ferons qu'indiquer ici les expériences qui ont été tentées et leurs résultats presque toujours opposés les uns aux autres. Ainsi, de Graefe, qui le premier se livra à quelques recherches sur ce sujet, trouva le suc pancréatique, tantôt acide, tantôt insipide, tantôt enfin salé, ou acide et salé en même temps. Sylvius, qui répéta les expériences de l'anatomiste hollandais, assura qu'il était acide de même que la salive, qu'il rougissait le papier de tournesol et coagulait le lait. Plus tard, Wepfer, Drelincourt, Brunner, Bohn, Boerhaave, etc., combattirent cette opinion et trouvèrent le

suc pancréatique trouble, blanchâtre, non-acide, mais d'une saveur légèrement salée, comme la lymphe. Le professeur Mayer a constaté que celui du chat est alcalin (1). Parmi les physiologistes de la fin du siècle dernier et de notre époque, M. Magendie est le seul qui ait essayé de reprendre les expériences de ses prédécesseurs. N'ayant pu réussir d'après le procédé mis en usage par De Graefe, il en employa un plus simple (2). Il mit sur un chien l'orifice du canal pancréatique à nu, essuya avec un linge fin la membrane muqueuse circonvoisine, attendit qu'il sortit une goutte de suc : sitôt qu'elle parut, il l'aspira avec une pipette. De cette manière, il parvint à en recueillir quelques gouttes : il y reconnut une couleur légèrement jaunâtre, une saveur salée, point d'odeur ; il vit que cette humeur était alcaline et en partie coagulable par la chaleur. Enfin, d'une part MM. Leuret et Lassaigne (3), et d'autre part, MM. Tiedemann et Gmelin (4), pour répondre à la question mise au concours, en 1823, par l'Académie des sciences de Paris, reprirent de nouveau ces expériences. Qu'il nous suffise de rappeler ici que ces physiologistes arrivèrent à des résultats tout-à-fait opposés. Ainsi, tandis que les derniers concluaient que le suc pancréatique diffère essentiellement de la salive ; et que celui de la brebis et du chien, recueilli d'abord, est légèrement acide, mais que celui qu'on obtient après quelque temps de souffrances de l'animal est faiblement alcalin, les pre-

---

(1) *Voyez* les expériences auxquelles ce physiologiste s'est livré sur le suc pancréatique du chat. (*Journal complémentaire*, T. III, p. 283).

(2) *Précis élémentaire de physiologie.* 1817. T. II, p. 367.

(3) *Recherches physiologiques et chimiques pour servir à l'histoire de la digestion.* Paris, 1825, in-8.°

(4) *Recherches expérimentales, physiologiques et chimiques sur la digestion, considérée dans les quatre classes d'animaux vertébrés ;* trad. de l'allemand par A. J. L. Jourdan. Paris, 1827 ; 2 vol. in-8.°

miers soutenaient que celui du cheval a la plus grande analogie avec la salive du même animal et de l'homme, et qu'il est alcalin. Nous renvoyons aux ouvrages même de ces physiologistes ceux des lecteurs qui désireraient avoir plus de détails sur cette importante matière, et nous nous bornerons à présenter ici le résultat des recherches chimiques de MM. Leuret et Lassaigne, sur le suc pancréatique dont la science ne possédait pas encore une analyse rigoureuse. Ces expérimentateurs en ont recueilli trois onces sur un cheval dans l'espace d'une demi-heure, et l'on trouvé composé de

Eau.	99, 1
Matière animale soluble dans l'alcohol	0, 9
Matière anim. soluble dans l'eau. . .	
Traces d'albumine.	
Mucus.	
Soude libre.	
Chlorure de sodium.	
Chlorure de potassium.	
Phosphate de chaux.	
	100, 00

Usages du suc pancréatique. — Nous ne sommes guères plus avancés encore sur les usages du suc pancréatique. On ne peut douter que ce fluide ne joue un rôle quelconque dans la chylification ; mais pour déterminer quelle est son action véritable et son degré d'importance, c'est ce qu'il est impossible de faire dans l'état actuel de la science. Serait-il d'une bonne physiologie de conclure avec Brunner que le pancréas et le produit de sa sécrétion sont inutiles, parce qu'il a extirpé cette glande sur des chiens, qui ont continué à vivre et à digérer ? Mais si, d'une part, l'analogie de structure et, d'une autre part, l'analyse chimique, ont prouvé que les plus grands rapports existent entre le pancréas et les glandes salivaires, entre le suc pan-

créatique et la salive ; si on se rappelle que toujours dans l'économie animale une sécrétion est suppléée par une autre, comme, après l'extirpation d'un rein ou sa destruction par une maladie, on voit l'autre s'hypertrophier et sécréter en plus grande abondance, n'est-il pas probable que les glandes salivaires peuvent suppléer au défaut du suc pancréatique ? Ce qui vient confirmer cette opinion, c'est la remarque de M. Bécourt (1), que chez les individus placés presque à la fin de l'échelle animale, chez les insectes, les *appendices borgnes* du canal intestinal, qui chez ces animaux remplacent le pancréas, ne se trouvent que dans les espèces qui ont un estomac cartilagineux, et que partout où ils existent, manque ordinairement l'appareil salivaire. Ajoutons que la contre-épreuve de ce fait se trouve en quelque sorte établie par une observation de Ramdohr, qui a remarqué que le charançon (*Curculio lapathi*) a un estomac cartilagineux et un appendice salivaire, mais point d'appendices pyloriques. Enfin, nous verrons les sécrétions salivaire et pancréatique se suppléer mutuellement et d'une manière régulière.

Vices congéniaux. —Blasius (2) dit avoir trouvé deux pancréas. Ce que cet anatomiste a pris pour une seconde glande, n'était peut-être que le petit pancréas de Winslow plus développé et plus séparé. Un fait presque semblable a été rencontré par le docteur Young, chez le fœtus qui présentait le cas de monstruosité par inclusion qu'il décrivit en 1807(3). Le pancréas manque toujours dans l'acéphalie : Klein est le seul qui ait vu le duodénum adhérer à une masse qu'il a regardée comme étant cette glande. Cette absence

(1) *Loc. cit.*, p. 17.

(2) *Observationes medicæ rariores.* Leyde, 1674, in-8.°, p. 126.

(3) A. A. Lachèse, *de la Duplicité monstrueuse par inclusion.* Thèse. Paris, 1823, in-4.°, p. 32.

du pancréas est une suite nécessaire de celle de l'estomac, puisque nous avons vu que dans le commencement de son développement, cette glande adhérait à cet organe. Or, la portion gastrique du tube intestinal manque souvent chez les acéphales, et toujours chez les monstres désignés par M. Breschet sous le nom d'acéphalothores. Mais c'est à tort que Meckel prétend que cette absence du pancréas ne se rencontre que chez les acéphales. Quelques observations (1) contredisent l'anatomiste allemand. Mellet n'a point trouvé de pancréas chez un enfant mort peu de temps après sa naissance, et atteint d'une exomphale considérable dans laquelle se trouvaient l'estomac, les intestins etc.; Melle (2) et Gastellier (3) ont vu des cas semblables.

Déplacemens. — Quelque solides et nombreux que soient les liens qui fixent le pancréas à la colonne vertébrale, cet organe n'en est pas moins susceptible de quelques déplacemens. Il peut être contenu dans la poitrine, dans les cas d'absence d'une partie plus ou moins considérable du diaphragme. Parmi les cas de ce genre que nous connaissons, nous nous bornerons à citer ceux que nous ont transmis G. Claude (4), qui a trouvé une hernie diaphragmatique de l'estomac, du duodénum et du pancréas, sur le cadavre d'un homme mort de la maladie noire; M. Campbell d'Édimbourg (5) qui a observé un semblable déplacement sur un enfant qui vécut six semaines, et le docteur G. E. Weyland (6). Dans ce cas, la hernie diaphragmatique

(1) *Ancien journal.* T. IV, p. 339.

(2) *Nov. Act. nat. cur.* T. VI, p. 130.

(3) *Ancien journal.* T. XXXIX, p. 27.

(4) *De obs. practico-anatomicâ mirabili ad M. Ruisch*, Padoue, 1661, in-4.°

(5) *Recueil périodique.* T. LXXVIII, p. 416.

(6) *Diss. inaug. med. duas exhibens casus dislocationis viscerum nonnullorum abdominis memoratu dignus* Jéna 1831, in-4.°, p. 7.

offrait ceci de particulier qu'une partie des organes abdominaux étaient renfermés dans le côté gauche de la poitrine, tandis que la droite contenait le thymus, le cœur et les deux poumons.

Mais ce n'est pas seulement dans ces cas de vice de conformation congéniale du diaphragme que l'on a observé le passage du pancréas dans la poitrine. Plusieurs faits démontrent que ce passage peut s'effectuer à travers une rupture de cette cloison. Wecher (1) a vu un cas de cette espèce, et le docteur Cavalier (2) en a consigné, dans sa dissertation inaugurale, un autre que Saint-André a publiée dans l'ouvrage de Gohl : un homme, après avoir pris un violent émétique, fut frappé de convulsions et périt en peu d'instans. On trouva le diaphragme déchiré à l'endroit où le nerf intercostal passe de la poitrine dans le bas-ventre. Une portion de l'épiploon, du colon et le pancréas étaient déjà dans la cavité gauche de la poitrine où la déchirure de quelques vaisseaux de cette glande avait produit un épanchement de sang considérable.

Le pancréas peut aussi être contenu avec d'autres viscères dans une exomphale congéniale. Marrigues (3), chirurgien à Versailles, a décrit deux cas de cette espèce recueillis l'un sur un enfant né à terme, mais mort, et l'autre sur un fœtus d'environ cinq mois. Howel (4) a vu un cas semblable; l'enfant vécut vingt-quatre heures. Ce déplacement s'observe aussi quelquefois dans un genre de monstruosité que M. Geoffroy-Saint-Hilaire (5) a décrit sous le nom d'*aspalasome*.

Un autre déplacement qui doit surprendre beaucoup

(1) Brera, *Sylloge select. opusc.* T. VII, p. 249.

(2) *Observations sur quelques lésions du diaphragme, et en particulier sur sa rupture.* Paris, 1804, in-4.°, p. 18.

(3) *Ancien journal*, T. II, p. 32.

(4) *Dictionnaire de Médecine*, 2.e édition, T. I, p. 131.

(5) *Journal complémentaire.* T. XXI, p. 236 et 370.

plus encore que les précédens, et dont l'observation a cependant constaté la possibilité, c'est l'invagination de cette glande dans une portion du canal intestinal. Nous connaissons deux cas de cette nature, l'un, que nous devons à M. Baud (1), chirurgien de la marine à Brest, a été recueilli sur un homme âgé de 24 ans qui succomba à une invagination telle que le colon descendant et le rectum contenaient toute la portion du tube intestinal située au-dessus d'eux. A l'extrémité supérieure de cette invagination on voyait le duodénum et l'iléon se plonger dans le colon descendant, et au milieu le pancréas dans une situation perpendiculaire. L'autre, publié par le docteur Guibert, a pour sujet un enfant de 3 ans (2).

Plaies. — Nous ne connaissons aucun cas de plaies du pancréas; mais les expériences de Brunner (3) établissent qu'elles ne seraient pas par elles-mêmes très-dangereuses.

Rupture. — Cet accident est très-rare, et M. Velpeau (4), qui a étudié les contusions de l'abdomen par rapport aux lésions des viscères que renferme cette cavité, ne fait mention d'aucun cas de rupture du pancréas. L'observation suivante est la seule qui soit venue à notre connaisance : nous la devons à M. Travers (5), de Londres : une femme dans un état complet d'ivresse, fut violemment heurtée par une roue de voiture qui lui fractura plusieurs côtes. Elle fut transportée à l'hôpital, où elle succcomba quelques heures après. A l'autopsie, on trouva le pancréas complètement déchiré transversalement. Le foie était également rompu, et il y avait dans l'abdomen un grand épanchement de sang; la veine porte était intacte.

---

(1) *Recueil périodique.* T. XXIV, p. 20.
(2) *Journal universel.* T. LIII, p. 155.
(3) *Collection académique.* Part. étrang. T. VII, p. 653.
(4) *Dictionnaire de médecine*, 2.e édition. T. I, p. 179.
(5) *The Lancett.* 1826-27. T. XII, p. 384.

Vices de la sécrétion pancréatique. — L'impossibilité dans laquelle nous sommes, quant à présent, de rapporter à une altération quelconque les changemens que peut subir la sécrétion pancréatique, soit dans sa quantité, soit dans ses qualités, nous engage à en parler maintenant. La même raison nous impose l'obligation de nous abstenir de toute considération théorique, et d'exposer seulement ce que nos recherches nous ont appris à ce sujet.

La sécrétion pancréatique peut subir une augmentation considérable, et produire ces déjections abondantes auxquelles les auteurs donnaient le nom générique de *flux*, que M. Roche (1) a tout récemment désigné par le mot également générique d'*hyperdiacrisie*. C'est de cette sécrétion trop abondante que Portal faisait naître la plupart des diarrhées, Wedeking le flux cœliaque, et Dupuytren (2), guidé en cela par la salivation, avait pensé que le pancréas pouvait bien fournir la matière évacuée par les personnes affectées de choléra. N'est-ce point encore à un *flux* pancréatique qu'il faut rapporter les observations de ces individus cités par Marcellus Donatus et Poterius (3), qui rendaient en un jour et sans douleurs plusieurs livres de sérosité ? Tout nous porte à croire que cette opinion est fondée, et il nous semble même que l'expérience est déjà venue la confirmer. Citons des faits :

Huon-de-Maxey (4) rapporte qu'en 1756, il donna des soins à un jeune homme atteint d'une ascite qui avait éludé l'action d'un grand nombre de médicamens. Le malade ne voulant pas se laisser pratiquer la paracentèse, l'auteur lui conseilla l'usage fréquent de la pipe. La première dose de

(1) *Dictionnaire de méd. et chir.-prat.* T. X, p. 209.
(2) *Gazette médicale.* 1832. T. III, p. 71.
(3) *Encyclopédie méthodique.* Part. méd. T. II, page 366.
(4) *Ancien journal.* T. IX, p. 47.

tabac qu'il fuma opéra l'effet qu'il produit ordinairement chez tous ceux qui n'y sont pas habitués, c'est-à-dire, des nausées, des vomissemens, une salivation abondante et une espèce d'ivresse. Dès ce moment la respiration devint plus libre. Le troisième jour le malade commença à avoir une salivation si abondante, qu'à chaque pipe de tabac qu'il fumait, il salivait environ une chopine d'une eau très-claire. Cette salivation se soutint, dans la même vigueur, l'espace d'un mois, et pendant ce temps le ventre se vida presque entièrement; puis elle se tarit peu-à-peu, à proportion que les eaux se trouvaient épuisées par cette seule évacuation, qui rétablit le malade dans sa santé primitive, en moins de deux mois et demi. Duperon (1), Monro (2), Fabre (3) etc. etc., ont vu des cas semblables.

Si dans les observations que nous venons de citer, il n'est pas permis de douter que ce ne soient les glandes salivaires qui ont fourni ce liquide abondant dont l'évacuation a servi de crise à l'épanchement abdominal, nous pouvons aussi, sans trop forcer les lois de l'analogie, rapporter à une sécrétion pancréatique augmentée, certaines évacuations abondantes qui ont jugé plusieurs hydropisies. Ainsi, M. Perrier (4), médecin à Moulins, a recueilli l'observation d'un homme atteint d'anasarque, et qui n'en fut complètement débarrassé qu'après avoir eu des vomissemens abondans et répétés d'une eau claire, onctueuse, d'un goût salé et désagréable. Les vomissemens étaient ordinairement précédés d'anxiété, et d'un sentiment de plénitude et de gonflement à l'épigastre. Ainsi Faudacq (5),

(1) *Ancien journal*. T. LVI, p. 500.

(2) *Essai sur l'hydropisie*. Paris, 1789, in-12, p. 100.

(3) *Observations de chirurgie*. Avignon, 1778, in-12, p. 183.

(4) *Bulletins de la Soc. méd. d'Emulation*. 1809. T. III, p. 217.

(5) Richard de Hautesierck, *Observations de Méd.* Paris, 1772, in-4° T. II, p. 429, 430.

médecin à Dieppe, a vu survenir presque spontanément, chez un ascitique désespéré, des vomissemens aqueux et des déjections alvines de même nature qui, se soutenant pendant quelques jours, le débarrassèrent complètement de son hydropisie. Le même médecin avait déjà précédemment observé le même phénomène sur un soldat ascitique qui, après avoir été longtemps cahoté dans un mauvais chariot, fut pris de vomissemens aqueux qui le guérirent complètement. On trouve encore deux cas analogues aux précédens dans l'ancien Journal de médecine (1).

Sans doute, il est difficile de donner une explication satisfaisante de ces faits; mais ils n'en méritent pas moins de fixer l'attention des médecins, et il sera peut-être possible quelquefois de s'en servir dans la pratique, alors que la sécrétion urinaire ne pourra être sollicitée par aucun moyen. Au reste, ce n'est pas seulement dans des cas de cette espèce que la sécrétion du pancréas et des glandes salivaires a pu remplacer celle des reins. On a vu ces glandes sécréter un liquide semblable à l'urine alors que les reins ne pouvaient remplir leurs fonctions, et nous croyons devoir consigner ici un fait de cette nature, comme susceptible de jeter quelque jour sur le sujet qui nous occupe. Vallisnieri (2) rapporte qu'une demoiselle de 18 ans fut prise tout-à-coup d'une suppression d'urine. Au bout de dix jours, il survint des vomissemens d'un liquide séreux qui avait la couleur, la saveur et l'odeur de l'urine, qualités que présentait aussi la salive. Nysten (3) a rassemblé un certain nombre d'observations analogues.

Ainsi donc, la sécrétion pancréatique peut être modifiée par rapport à la quantité. Mais il est rare, et cela

---

(1) 1758, T. VIII, p. 318 et 1762, T. XVIII, p. 46.

(2) *Opere fisico-mediche*. Venise, 1733. In-fol. T. III, p. 338.

(3) *Recherches de physiologie et de chimie pathologiques*. Paris, 1811, in-8.°, p. 265.

s'observe journellement pour les glandes dont le produit est accessible à nos sens, qu'une sécrétion soit augmentée, sans que son produit ne soit en même temps modifié dans sa nature, et n'acquierre des qualités irritantes. Le docteur Uberto Bettoli (1) cite l'observation d'un homme qui était tourmenté par le tœnia, et qui avait des nausées accompagnées d'une sécrétion abondante de salive piquante : des vomissemens de matière glutineuse aigre avaient lieu en même temps. Ces symptômes disparurent avec leur cause. Nos annales renferment beaucoup de faits plus ou moins analogues qui ne permettent pas de douter que, dans bien des cas, le produit de la sécrétion pancréatique ne subisse des altérations remarquables, d'où production d'accidens divers qu'on n'a pas rapportés à leur véritable cause. Et sans vouloir prétendre d'une manière absolue que l'ensemble des symptômes auxquels on a donné le nom de *pyrosis*, dépende toujours d'une sécrétion pancréatique viciée, nous croyons cependant que plus tard cette étiologie sera reconnue, au moins dans quelques cas. Nous devons à la vérité de dire que dans les cas de pyrosis dont l'ouverture des corps est venue compléter l'histoire, le pancréas n'a offert aucune altération appréciable. Mais de cette absence de lésion de tissu faut-il conclure, contre notre manière de voir, que le pancréas n'est pour rien dans la production des phénomènes que présentent les malades atteints de pyrosis ? nous ne le pensons pas. Combien de fois, même après des salivations prolongées, n'a-t-on pas trouvé les glandes salivaires dans un état d'intégrité parfait (2) ? Combien de fois encore n'a-t-on pas trouvé, chez les diabétiques, les reins dans leur état physiologique ?

(1) *Bibliothèque médicale*. T. XXII, p. 109.

(2) *Voyez* surtout à ce sujet des faits curieux consignés dans : *Recueil de Mémoires de méd. militaires*, T. XIX, p. 40 ; et *Journal complémentaire*, T. XXVI, 370.

Ce qui vient encore rendre plus probable pour nous que le pyrosis pourrait bien dépendre quelquefois d'une altération particulière du liquide pancréatique, c'est cette remarque de M. Guersent (1), que le développement trop abondant des acides n'a pas toujours lieu dans l'estomac ou le canal intestinal, et qu'il est quelquefois le résultat de l'altération même de la salive. Cet observateur judicieux est porté à croire qu'il en est presque toujours ainsi chez les malades qui ont les dents détruites par l'effet des acides. Or, l'analogie de texture et de fonctions permet bien de supposer que le pancréas aussi peut, dans certaines circonstances, modifier de la même manière le liquide qu'il sécrète. Tout récemment (février 1836), nous avons été consulté par un homme de la commune d'Aulnay, le nommé Urbain Ruault, dont l'observation est précieuse pour nous en ce moment. Cet homme, grand, maigre, âgé de 38 ans, éprouve depuis l'âge de 20 ans, et principalement tous les matins, des vomissemens d'un liquide spumeux, âcre, et dont le rejet est accompagné d'une vive sensation de chaleur brûlante depuis le cardia jusqu'à la bouche. Il lui semble qu'une flamme de feu parcourt toute la portion supérieure du tube digestif. Ces vomissemens se suspendent quelquefois spontanément, et alors ils sont remplacés par une salivation abondante, surtout le matin. Le liquide salivaire sécrété est également âcre, caustique même; les gencives sont gonflées, mollasses, les dents vacillantes, usées dans toute leur circonférence, de manière à laisser entre elles un intervalle qui s'accroît lentement, comme si chaque jour la salive en s'écoulant dissolvait une légère couche de leur tissu. Son père éprouva à vingt ans les mêmes accidens qui ont cessé d'eux-mêmes vers sa cinquantième année : il jouit aujourd'hui d'une parfaite santé. Nous publierons plus tard et avec plus de détails cette observation

(1) *Dictionnaire de Méd.* 2.e édit. T. I, p. 236, art. *Absorption*.

intéressante, si le malade, que nous n'avons encore vu que deux fois, continue, comme il nous l'a promis, à venir réclamer nos conseils. La magnésie unie au sucre, les infusions de sauge et de menthe, prises le matin à jeûn, ont déjà procuré un peu de soulagement.

Enfin, pour réunir le plus de preuves possibles en faveur de notre opinion, rappelons en peu de mots les symptômes principaux que l'on observe dans le pyrosis : éructations avec rejet d'un liquide limpide que quelques malades ont comparé à la salive ; courbure du corps en avant pour appaiser la douleur ; paroi antérieure de l'abdomen rétractée vers la colonne vertébrale ; constipation ; salivation ; enfin, et c'est un signe sans lequel la maladie n'existe jamais, émission d'une plus ou moins grande quantité d'un liquide qui a assez fréquemment l'apparence de la salive, et qui toujours jouit de la propriété d'être âcre et excitant, approchant même de la causticité. Eh bien ! cette symptomatologie, que nous empruntons à une bonne dissertation (1) soutenue à l'Ecole de Paris, nous la retrouverons dans les articles de ce travail relatifs à l'inflammation et aux diverses lésions organiques du pancréas.

(*La suite au prochain Numéro.*)

Quelques observations tendant à éclairer l'histoire de la phlébite, à la suite de l'accouchement ; par M. Duplay, *D. M. P.*

A la suite d'un fait que nous avons consigné dans les *Archives de Médecine* (octobre 1834) et dans lequel du pus fut rencontré en grande quantité non-seulement dans le système veineux mais encore dans le système artériel, nous avons émis toutes les hypothèses possibles relati-

(1) Casterau, *Diss. sur le pyrosis.* Paris, 1821. N.° 94.

vement à l'origine de cette suppuration extraordinaire. Parmi ces diverses suppositions nous nous sommes demandé si la femme qui était le sujet de cette observation intéressante n'aurait pas été victime d'une de ces métro-péritonites avec phlébite utérine à la suite de quelque avortement qu'elle aurait eu le soin de nous passer sous silence. Mais avertis de la possibilité de cette circonstance, les recherches les plus minutieuses furent dirigées à l'autopsie vers l'utérus et ses annexes, et aucune lésion ne put être découverte dans les organes de la génération. Dès lors toute idée de phlébite utérine fut rejetée, nous basant sur ce que les traces de cette affection se retrouvent même fort longtemps après son début, et que quand même elle se termine d'une manière heureuse on en retrouve des traces encore fort longtemps après la guérison : et ce fait, nous avons pu le constater à l'hospice de la Maternité, chez des femmes qui succombèrent longtemps après l'accouchement à des accidens d'une toute autre nature, après avoir présenté des symptômes de métro-péritonite qui se dissipèrent au bout d'un certain temps. Le fait suivant est intéressant et sous le rapport de la marche insidieuse qu'il a présentée, et sous celui des lésions qui ont été rencontrées deux mois après un avortement. Ce fait a été recueilli dans le service de M. Rostan, et nous le donnons dans tous ses détails.

Observation. — *Avortement. Phlébite de la veine hypogastrique, de la veine iliaque primitive, et de la veine cave inférieure. Arthrites purulentes ; marche insidieuse de la maladie.* — Marie Thomain, blanchisseuse, âgée de 44 ans, entra à l'hospice de la Clinique le 8 janvier 1835. Cette femme dont l'intelligence était peu développée et qui se trouvait d'ailleurs dans un état tout-à-fait singulier et peu en rapport avec les altérations locales qu'elle présentait, nous dit qu'elle était malade depuis trois semaines. Elle nous rapporta, mais en passant très-légèrement sur ce détail extrêmement important, qu'elle avait fait trois semai-

nes auparavant une fausse-couche au terme de trois mois. Après un grand nombre de questions sur les circonstances de cet avortement, qui semblait à la malade tout-à-fait indépendant de la maladie qui l'amenait actuellement à l'hôpital, elle nous dit que le quatrième jour après l'avortement elle était sortie pour des détails de ménage et qu'elle avait été saisie par le froid. Interrogée sur les phénomènes qu'elle avait pu éprouver du côté de l'abdomen à la suite de cette imprudence, elle nous rapporta qu'elle avait ressenti quelques douleurs légères pendant plusieurs jours, et que les lochies s'étaient arrêtées presque complètement quelques jours après. Il nous fut impossible de tirer des détails plus exacts sur l'invasion de ces nouveaux accidens ; il survint tout-à-coup de la douleur et du gonflement au coude et au genou du côté gauche. La malade éprouva en même temps de la fièvre et fut obligée de prendre le lit. Les accidens augmentant, les articulations malades devenant de plus en plus gonflées et douloureuses, cette femme se décida à faire venir un médecin qui fit appliquer dix sangsues sur le coude et autant sur le genou. Mais l'état de la malade ne fut pas modifié par ce traitement, et le lendemain elle fut amenée à l'hospice de la Clinique, le 9 janvier. Voici dans quel état elle se trouvait :

Décubitus dorsal ; face colorée, mais présentant l'expression d'une douleur assez vive. Douleurs vives dans l'articulation du coude gauche, qui est tuméfié et dont la peau est légèrement rosée ; la moindre pression, le moindre mouvement excitent les plaintes de la malade. Genou gauche tuméfié, très-douloureux ; signes évidens d'un épanchement dans la membrane synoviale. Rotule fortement écartée des condyles du fémur et séparant deux tumeurs formées de chaque côté par le liquide épanché dans la membrane synoviale. Fluctuation évidente en pressant alternativement sur chacun de ces renflemens latéraux. Rougeur à la peau qui recouvre l'articulation, mais disposée

par plaques et non-uniforme. Langue sèche, rugueuse, rouge à la pointe et sur les bords, soif très-vive. Absence de douleur à l'épigastre. La pression exercée sur tout le reste de l'abdomen est indolente. Diarrhée abondante, quelques évacuations alvines involontaires. Respiration fréquente, mais sonoréité parfaite de la poitrine et bruit respiratoire tout-à-fait naturel. Pouls fort, donnant 116 pulsations par minutes. Chaleur vive de la peau. Insomnie presque complète, pas de délire, mais intelligence un peu obtuse, réponses difficiles à obtenir, ce qui peut être en partie attribué à ce que la malade est affectée de surdité. (Saignée de bras de 14 onces, bains, cataplasme laudanisé sur les articulations malades, tisane de mauve, potion gommeuse avec extrait gommeux d'opium, gr. j).

Le 10, l'état de la malade est à-peu-près le même. Le sang tiré la veille est fortement couenneux. Etat peu différent des articulations malades. L'épaule gauche qui, la veille, était indolente, est devenue douloureuse, les mouvemens, la pression excitent des plaintes. La langue est sèche, couverte d'un enduit brunâtre. L'abdomen est un peu ballonné mais indolent. Diarrhée encore abondante, selles involontaires. Même état de la respiration. Pouls fréquent et marquant 124 pulsations par minute, mais un peu moins fort que la veille; rien de nouveau du côté de l'intelligence. (Bain, 15 sangsues à l'anus; 10 sangsues sur le genou gauche; cataplasme laudanisé; lavemens).

Le 11, même état des trois articulations, à l'exception du genou qui paraît un peu moins douloureux que la veille. Mais prostration plus grande, altération de la face, plaintes presque continuelles de la malade. Langue toujours sèche. Ballonnement du ventre plus marqué que la veille. Délire pendant la nuit. (Bain, cataplasmes laudanisés, lavemens émolliens).

Le 11, amélioration dans l'état des articulations. Celles du genou et du coude sont moins douloureuses que la veille,

un peu moins tuméfiées que les jours précédens; mais les traits sont profondément altérés. Langue sèche, fuligineuse. Abdomen toujours ballonné sans que la pression même la plus forte détermine aucune douleur. Respiration fréquente, mais rien de nouveau par l'auscultation et la percussion. Du délire s'est encore manifesté pendant la nuit. (Bains, cataplasme, lavement).

13. Face un peu moins altérée que la veille; langue toujours un peu sèche. Pas de selles; mais évacuation involontaire des urines. Ventre moins tendu et moins ballonné que la veille. Articulation du genou moins tuméfiée que la veille : cependant il y a encore un gonflement considérable. Coude plus douloureux que la veille; il en est de même de l'épaule. La fesse gauche est le siège d'une escarrhe de la largeur d'une pièce de cinq francs. Respiration fréquente, suspirieuse; pouls marquant 112 pulsations. Pas de sommeil pendant la nuit; délire et agitation. (10 sangsues sur le coude; cataplasmes sur les articulations malades).

A la visite du soir, la malade se plaint beaucoup; elle est très-abattue et assoupie. Langue un peu moins sèche; sueur excessivement abondante qui recouvre et inonde, en quelque sorte, toute la surface du corps.

14. La sueur s'est prolongée pendant une grande partie de la nuit. Il y a eu moins d'agitation que la veille et moins de délire. Le matin, la langue a repris sa sécheresse de la veille. Un peu moins de météorisme du ventre; pouls fort et fréquent marquant 108 pulsations. La malade est très-affaissée; elle répond très-lentement et très-difficilement. (Vésicatoires à chaque cuisse; cataplasmes sur les articulations; lavement émollient).

Le soir, la malade présente le même état que la veille; elle est encore couverte d'une sueur excessive qui est survenue graduellement et sans avoir été précédée de frissons.

15. Sueur encore assez abondante à la visite; face plus

animée, plus vivante, en quelque sorte, que le jour précédent. Articnlations du coude et de l'épaule toujours douloureuses. L'articulation du genou est plus volumineuse que les jours précédens, et la fluctuation est redevenue manifeste. L'escarre de la fesse est restée stationnaire. Langue moins sèche. Abdomen encore tendu; pas de selles. Respiration moins fréquente que les jours précédens. Pouls marquant 100 pulsations; pas de délire. (Pansement des vésicatoires; cataplasmes; un peu de bouillon coupé).

A la visite du soir, la malade a la face colorée, elle se plaint beaucoup, mais n'éprouve pas de sueurs comme les jours précédens.

16. Facies plus naturel et moins animé que la veille; langue très fortement visqueuse, mais non plus sèche comme les jours précédens; soif moins vive; moins de tension du ventre que les jours précédens; pas de selles; pouls petit à 112 pulsations. Urines s'écoulant toujours involontairement.

M. Rostan, qui attirait depuis long-temps l'attention de ses auditeurs sur la marche singulière de cette arthrite, et qui pensait qu'à l'état déjà si grave des articulations se joignait un état général de l'économie encore plus grave, est porté à admettre que la maladie peut avoir eu son point de départ dans l'avortement et dans une métro-péritonite avec phlébite utérine. C'est, guidé par cette pensée, qu'il prescrit les frictions d'onguent mercuriel sur l'abdomen, à la dose d'une demi-once.

Les jours suivans, l'on continue l'emploi des frictions mercurielles que l'on porte à la dose d'une once pendant les 24 heures. Mais la maladie n'est en rien modifiée par ce nouveau mode de traitement. La prostration reste la même. Les sueurs se reproduisent tous les jours avec une abondance excessive. La langue, qui est sèche habituellement, perd cette sécheresse et devient humide pendant tout le temps que durent ces transpirations. L'état des arti-

culations est toujours le même; le genou, qui avait perdu un peu de son volume, se tuméfie de nouveau et redevient douloureux. La prostration dans laquelle tombe le malade nécessite l'application d'un vésicatoire à une cuisse.

22. Aux phénomènes précédens s'en joint un nouveau de la plus haute importance; c'est un frisson très-violent qui dure pendant plusieurs heures. Ce frisson a la violence de celui d'une fièvre intermittente. La malade est fortement agitée, et l'on est obligé de la couvrir très-fortement. Le frisson se prolonge jusque vers le milieu de la nuit. Alors survient une transpiration abondante; délire, rêvasseries. Trois selles involontaires. Le matin, à la visite, prostration; langue sèche; ventre légèrement ballonné. Même état des articulations. Pouls à 110 pulsations. L'escarre de la fesse a fait quelques progrès. (Onguent napolitain ℥j en frictions; manne et violettes, trois pots; panser l'escarre avec l'onguent styrax).

23. Rien de particulier à la visite du matin, si ce n'est un état de malaise très-grand qu'expriment les traits de la malade. Prostration; plaintes continuelles, surtout lorsqu'on lui imprime le plus léger mouvement. Tension du ventre un peu moindre. En pressant sur l'hypogastre l'on détermine une légère douleur. Le genou est encore tuméfié et douloureux, mais le coude, quoique toujours douloureux, a repris à-peu-près son volume ordinaire. (Même prescription).

Le soir la malade n'éprouve pas de frisson, mais elle est prise d'une sueur très-abondante. Le pouls était devenu excessivement fréquent, à tel point qu'il ne pouvait être compté.

24. La prostration a encore augmenté. La face est terreuse et amaigrie; langue très-sèche; soif très-vive. Abdomen moins tendu, indolent; pas de selles. Evacuation de l'urine, involontaire. Même état des articulations. Escarre plus étendue; pouls marquant 120 pulsations. Rêvasseries alternant avec de l'assoupissement. (On suspend l'onguent

mercuriel ; orge avec addition d'un quart de vin de Bordeaux ; lavement).

25. Rien de particulier le matin ; mais le soir, frisson excessivement fort ; tremblement de tous les membres avec claquement des dents, et suivi de sueurs extrêmement abondantes.

26. Facies pâle, amaigri ; les traits sont tirés ; décubitus dorsal ; langue un peu moins sèche que la veille ; pas de selles. Ventre beaucoup moins tendu que les jours précédens, et tout-à-fait indolent. Respiration fréquente, suspirieuse. L'auscultation fait découvrir un peu de râle crépitant humide et diffus dans le sommet et le milieu du poumon gauche. Le pouls est petit ; il est redescendu à 92 pulsations par minute. (Décoction de quinquina ; orge, addition d'un quart de vin de Bordeaux ; un peu de bouillon coupé).

Le soir, il n'y a pas de frisson, mais on remarque une sueur abondante.

27. L'amaigrissement a fait des progrès ; les pommettes sont saillantes, les yeux s'excavent. Langue brune, sèche. Vomissemens après l'ingestion du quinquina. Ventre tendu, douloureux ; pas de selles. Même état du poumon gauche. Pouls petit, à 128 pulsations ; sueur visqueuse ; rêvasseries ; délire tranquille. Quelques soubresauts dans les tendons ; escarrhe plus étendue. Genou à l'état stationnaire, ainsi que le coude ; l'épaule depuis quelque temps a cessé d'être douloureuse. (On suspend le quinquina. Orge avec un quart de vin de Bordeaux).

28. Etat de torpeur et de somnolence dont la malade ne sort que pour pousser des cris plaintifs lorsqu'on veut la remuer. Lèvres, dents et langue fuligineuses ; vomissemens. De temps en temps, délire tranquille ; soubresauts dans les tendons ; escarrhe de la fesse beaucoup plus étendue. Même état de la poitrine. Il y a eu des évacuations alvines involontaires. (Potion avec quatre onces d'infusion

d'anis; une once d'alcohol à la mélisse, et une once de sirop d'écorces d'orange; eau d'orge avec vin de Bordeaux, un quart).

Cet état augmente le 29, et la malade succombe le 30 dans la journée.

Autopsie faite 36 *heures après la mort.* — L'extérieur du cadavre présente au niveau de la fesse gauche et du sacrum une escarrhe irrégulière de l'étendue de quatre poucos environ; elle intéresse toute l'épaisseur de la peau et le tissu cellulaire sons-cutané; celui-ci se trouve infiltré de pus, et l'escarrhe commence à s'en détacher dans sa circonférence. Les articulations malades sont ouvertes. Autour de l'articulation scapulo-humérale gauche, le tissu cellulaire situé en dehors de l'articulation est infiltré de pus, mais la cavité synoviale n'en présente aucune trace; elle présente sa coloration naturelle, mais elle contient une synovie plus jaunâtre et plus visqueuse que dans l'état naturel. L'articulation huméro-cubitale gauche contient une petite quantité de pus bien lié; la membrane synoviale observée dans toute l'étendue des surfaces articulaires, présente un aspect grenu, et çà et là une rougeur ponctuée disposée par plaques. L'articulation tibio-fémorale du même côté contient une plus grande quantité de matière purulente que les autres articulations malades. Le pus est bien lié, comme phlegmonenx. La membrane synoviale est en partie enlevée sur les cartilages interarticulaires; dans le reste de son étendue, elle présente çà et là une injection disposée par petites plaques. Du reste, aucune trace de suppuration dans le tissu cellulaire environnant. Les muscles de la fesse, de la cuisse et du mollet, largement incisés, ne présentent aucune trace de suppuration.

Tête. La dure-mère n'offre rien de particulier. L'arachnoïde est à l'état normal, le feuillet cérébral ne présente de particulier qu'un peu d'infiltration du tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Les deux substances du cerveau sont tout-

à-fait à l'état normal, nulle part elles ne présentent de lésions de coloration ou de nutrition. Les ventricules latéraux contiennent environ deux gros de sérosité tout-à-fait limpide.

Thorax. Le poumon de chaque côté présente de l'engouement vers sa base et sa partie postérieure. Dans ces deux régions, le tissu pulmonaire incisé laisse échapper une grande quantité de sérosité sanguinolente légèrement grisâtre. Ce tissu résiste cependant assez bien à la déchirure. Du reste, on ne découvre aucun foyer purulent, aucun de ces engorgemens, si bien décrits par Dance, et qui précèdent la formation des abcès métastatiques du poumon. Les veines pulmonaires, entièrement à l'état normal, renferment des caillots fibrineux libres dans leur intérieur et formés d'un sang noirâtre dans lequel on remarque çà et là quelques petits points blanchâtres. Leurs parois ne présentent d'ailleurs ni coloration ni consistance ni épaisseur anormales. Les artères pulmonaires renferment aussi de longs caillots fibrineux consistans et presqu'entièrement décolorés. Le cœur est d'un volume ordinaire; il contient un sang fluide et des caillots peu consistans, mais homogènes et colorés. Le péricarde et les plèvres ne présentent aucune trace d'épanchement.

Abdomen. L'estomac n'offre rien de particulier, si ce n'est un peu de rougeur vers le grand cul-de-sac et un peu de ramollissement de la muqueuse. Le reste du canal intestinal est tout-à-fait sain. Le foie est à l'état normal; il est cependant examiné avec le plus grand soin, et en quelque sorte avec le désir d'y trouver quelque altération, mais l'on ne peut y découvrir ni foyer purulent ni engorgemens sanguins partiels. La rate est volumineuse: elle a six pouces en hauteur et quatre pouces en largeur; sa consistance est normale. Vers son extrémité supérieure, sa coloration change tout-à-coup dans l'étendue d'un demi-pouce; là il existe une cavité capable de loger une

petite noix et remplie par un pus bien lié, d'une consistance de crême un peu épaisse. Ce pus est en rapport immédiat avec la substance propre de l'organe qui paraît plutôt écartée que détruite ; autour de ce foyer on voit converger une grande quantité de petits vaisseaux sanguins qui viennent se terminer à l'endroit où cesse le tissu de l'organe. Le reste du tissu de la rate est à l'état normal, excepté vers un point qui occupe la partie moyenne de sa face antérieure. Là son tissu change encore d'aspect. Il n'est plus gris comme dans l'endroit que nous avons décrit plus haut, mais il est brunâtre, plus ferme que dans les régions voisines, et l'on distingue très-bien de nombreux vaisseaux qui convergent vers ce point, et qui, par leur injection, donnent lieu à cet engorgement circonscrit.

Le péritoine ne présente aucune injection ni aucun épanchement ni aucune fausse membrane.

Utérus. Il a le volume à-peu-près comme la moitié du poing d'un adulte, sa largeur est de deux pouces et demi, et sa hauteur de trois pouces. Ses parois sont fermes et présentent leur coloration naturelle. La face interne de l'organe offre, vers son fond, une petite surface rugueuse et inégale que l'on peut reconnaître bien évidemment pour l'insertion du placenta. Les vaisseaux de l'utérus sont revenus sur eux-mêmes, leur calibre est excessivement petit, et malgré le soin que l'on apporte à les examiner, on ne voit aucune trace de suppuration dans leur intérieur. Le tissu cellulaire qui sépare les deux feuillets du ligament large du côté droit et le tissu cellulaire qui sépare de ce côté l'utérus du petit bassin, est le siége d'une induration très-marquée. Le ligament large de ce côté a perdu aussi toute sa souplesse, a pris une consistance comme fibreuse, et ne permet pas à l'utérus de quitter dans ce sens la cavité pelvienne lorsqu'on le soulève et qu'on l'attire directement en haut. Les veines qui parcourent les ligamens larges, mais surtout celles qui en occupent la partie infé-

rieure, qui vont se jetter dans la veine hypogastrique, sont fortement indurées; elles sont béantes comme des artères et laissent voir dans leur intérieur des caillots fibrineux qui adhèrent fortement à leurs parois. Toutes les ramifications des veines hypogastriques offrent la même altération; leurs parois sont fortement indurées et elles sont remplies de caillots denses et serrés, fortement adhérens aux parois. Ces caillots sont d'un gris tirant légèrement sur le jaune, ils s'écrasent facilement sous le doigt et sont formés de sang en partie décoloré, et d'une matière d'un gris jaunâtre, assez semblable pour sa consistance à de la matière tuberculeuse déjà un peu ramollie. En poursuivant les vaisseaux, on arrive au tronc de la veine hypogastrique qui présente la même altération, ainsi que la veine iliaque primitive, dont les parois sont comme celles de l'artère et qui renferme dans son intérieur la même matière. La veine cave inférieure, beaucoup plus volumineuse que dans l'état ordinaire, est fortement distendue. Ses parois sont fortement épaissies, et cette altération s'étend depuis la bifurcation de la veine cave jusques tout près de son passage derrière le foie. Sa cavité est remplie par des concrétions pseudo-membraneuses épaisses qui adhèrent fortement à ses parois, et qui leur donnent un aspect granuleux, ainsi que par un long caillot qui formé entièrement à sa partie inférieure de pseudo-membranes, au milieu desquelles existe du pus en nature, présente vers sa partie supérieure une autre composition; là en effet il est formé par un coagulum sanguin mélangé avec du pus. Du reste, des fausses membranes entourent encore cette dernière partie du caillot, et le font adhérer aux parois du vaisseau. Derrière le foie la veine cave reprend son aspect naturel, et dans les cavités droites du cœur il n'existe rien de particulier, comme nous l'avons déjà vu.

La même altération occupe aussi la partie supérieure de

la veine ovarique droite dans l'étendue d'un pouce seulement ; tout le reste de la veine suivie jusqu'aux ligamens larges est entièrement sain. La maladie a donc suivi, dans ce point, une marche centrifuge, et s'est propagée de la veine cave dans la veine ovarique.

Ce fait nous paraît intéressant sous beaucoup de rapports. Lors de l'entrée de la malade on pouvait croire à un simple rhumatisme articulaire; cependant, dès cette époque, M. Rostan remarqua quelque chose d'insolite dans la marche de la maladie. Il y avait en effet dès-lors une prostration que l'on n'observe pas ordinairement dans le rhumatisme. La persistance des accidens malgré les moyens employés, l'aggravation des symptômes généraux, quoique l'état local ait semblé plutôt s'améliorer ; la circonstance de l'avortement; et enfin plus tard ces frissons irréguliers et excessivement violens firent soupçonner la véritable maladie et le point de départ des accidens.

Si nous jetons un coup-d'œil sur les altérations rencontrées après la mort, nous trouverons encore quelques particularités intéressantes. Nous voyons en effet les veines hypogastriques, la veine iliaque et la veine cave profondément altérées, et contenant dans leur intérieur une grande quantité de pus ; et comme conséquence de cette phlébite si étendue, il n'existe que deux articulations qui soient le siège d'une véritable suppuration ; nous voyons une escarrhe d'une petite étendue à la région fessière et sacrée. Du côté des viscères nous ne trouvons aucune trace de suppuration, ni dans les centres nerveux, ni dans les poumons, ni dans le foie. Il existe un seul foyer dans la rate, et un de ces engorgemens sanguins qui précèdent la formation de ces abcès dits métastatiques. Ainsi dans ce cas il n'existe aucun rapport entre l'étendue de la phlébite et le nombre de ces suppurations secondaires. Du reste, ce désaccord entre l'étendue de l'inflammation veineuse et le nombre des foyers purulens secondaires, avait été déjà noté par

Dance; car dans la plupart de ses observations, ainsi que dans celles que l'on a publiées depuis ses intéressantes recherches, l'on a souvent trouvé des abcès non-seulement dans les articulations, mais dans les muscles et dans tous les viscères, lorsque la phlébite occupait seulement un pouce ou deux d'une veine très-petite, tandis que l'on a trouvé, comme chez notre malade, dans des phlébites excessivement étendues, des lésions secondaires très-peu considérables.

Une autre question ressort encore de ce fait et de l'examen des altérations veineuses. La maladie a-t-elle commencé par les rameaux qui parcourent le tissu utérin, ou bien a-t-elle frappé de prime-abord les rameaux déjà un peu volumineux qui rampent dans les ligamens larges? Dance, comme on le sait, croyait que la phlébite utérine débutait toujours par les sinus utérins pour se propager ensuite, par sa marche centripète, à des rameaux de plus en plus volumineux, et enfin aux troncs veineux les plus considérables de l'abdomen. Mais ici nous ne trouvons dans les vaisseaux qui rampent au milieu du tissu de l'utérus aucune trace d'altération, rien qui indique qu'ils aient été primitivement affectés, tandis que l'altération commence et est bien manifeste dans l'épaisseur du ligament large et dans la veine hypogastrique. Admettrons-nous que l'inflammation primitivement développée sur les rameaux veineux du tissu utérin, a abandonné ces vaisseaux à mesure qu'elle s'étendait à des rameaux plus volumineux? C'est ce que nous admettrons difficilement, et nous croyons plutôt que l'inflammation a frappé tout d'abord les rameaux des ligamens larges, passant, en quelque sorte, pardessus les sinus utérins et les rameaux qui serpentent au milieu du tissu de la matrice. En effet, quand des veines ont été enflammées au point de donner lieu à la suppuration de leurs parois, ces veines s'oblitèrent, et c'est par ce seul mécanisme que s'opère la guérison. Or, nous aurions

trouvé chez notre malade quelque chose d'analogue à ce que nous avons observé dans les trois faits suivans que nous avons observés à la Maison d'accouchemens, faits tout-à-fait consolans, suivant nous, puisqu'ils prouvent que la phlébite utérine, une fois développée, peut s'arrêter dans sa marche et se terminer par la guérison.

Symptômes de métro-péritonite qui disparaissent. Symptômes d'entérite chronique. Mort. Ulcérations dans le gros intestin. Tubercules pulmonaires. Phlébite utérine guérie. —La nommée Joséphine Dac..., âgée de 19 ans, d'une petite stature, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, bien portante pendant sa grossesse, entre à l'hospice de la Maternité le 4 février 1830, et accouche le 1.er mars, après un travail de deux heures. L'enfant présentait les fesses en seconde position. La délivrance n'offrit rien de particulier. Pendant la nuit du deuxième au troisième jour, elle éprouva de légères douleurs à la région hypogastrique.

Le 3 mars, le pouls est fréquent et l'abdomen douloureux vers les fosses iliaques. (20 sangsues de chaque côté de l'hypogastre; bain de siège; cataplasme; lavement.)

Le 4, il y a encore de la douleur et de la fièvre; les lochies sont abondantes, mais la sécrétion du lait ne s'opère point. (30 sangsues sur l'abdomen; bain de siège; cataplasme émollient). Les douleurs disparaissent, mais il se manifeste de la diarrhée pendant la nuit.

Le 5, il reste encore un peu de douleur; la fièvre persiste. On applique trente nouvelles sangsues. Le ventre n'est plus douloureux; mais la diarrhée est très-abondante.

Le 7, le ventre est redevenu douloureux; le pouls est petit et fréquent; la langue est humide, mais un peu rouge. Fréquentes épreintes. (Bain de siège; cataplasme; lavement; gomme édulcorée; bouillon).

Le 8, facies pâle, un peu de prostration; langue humide, un peu rouge vers sa pointe. Pouls petit, régulier,

fréquent, marquant 110 pulsations par minute. Abdomen très-sensible dans toute son étendue ; la malade a de fréquentes envies d'aller à la garde-robe. (Onguent mercuriel, ℥ij pour huit frictions sur l'abdomen ; demi-lavement d'amidon et de pavot).

Pendant la journée les douleurs abdominales diminuent ; mais il y a deux selles en diarrhée.

Le 9, il y a encore de la fièvre, mais le ventre n'est presque plus douloureux. Il n'y a pas de selles. (Deux bouillons ; onguent mercuriel, ℥j pour quatre frictions ; bain de siège).

Le 18, la diarrhée a reparu pendant la nuit ; le pouls est petit et fréquent. Quant aux douleurs abdominales, elles sont peu intenses. On suspend les frictions. (Bain de siège ; cataplasmes ; demi-lavement d'amidon et de pavot).

La diarrhée est un peu moins abondante ; la malade semble se rétablir ; mais le 16 mars la fièvre se rallume ; il y a plusieurs selles en diarrhée. Le 17 au matin, la langue est sèche ; il y a de la fièvre, des nausées assez fréquentes ; le ventre est tendu, douloureux à la pression, surtout dans la région hypogastrique. (Riz ; sirop de gomme ; potion gommeuse avec sirop diacode, ℥ß ; et poudre d'yeux d'écrevisses, gr. xij ; demi-lavement d'amidon et de pavot avec laudanum de Rousseau, goutt. vj ; bain de siège ; onguent napolitain, ℥j pour quatre frictions sur le ventre).

La malade éprouve encore dans son état une amélioration passagère. Cependant elle s'affaiblit progressivement par la persévérance de la diarrhée. Vers les premiers jours d'avril, elle est très-affaiblie. Depuis ce moment l'on prescrit : (décoction blanche de Sydenham ; eau gazeuse ; potion avec sirop diacode, ℥ß ; extrait de quinquina, ʒß).

La malade s'affaiblit toujours, la fièvre persiste ; la langue reste sèche, la diarrhée continue ; des excoriations surviennent au sacrum ; enfin la malade meurt le 10 avril 1830, au quarantième jour de ses couches.

Autopsie 38 heures après la mort. — On ne remarque à l'extérieur du corps qu'une escarrbe peu profonde au niveau du sacrum. La *tête* n'offre rien de remarquable.

Thorax. Quelques adhérences anciennes unissent des deux côtés la plèvre costale et la plèvre pulmonaire. Le poumon gauche, crépitant dans toute son étendue, présente vers le centre de son lobe supérieur, une masse tuberculeuse du volume d'une petite noisette, et qui n'a pas encore subi de ramollissement. La plèvre qui revêt le poumon droit est recouverte d'une multitude de petites granulations tuberculeuses.

Le cœur n'a rien de particulier.

Abdomen. On n'aperçoit de remarquable que quelques adhérences celluleuses du grand épiploon avec la matrice. L'estomac est très-petit, mais il est sain d'ailleurs. La muqueuse, qui conserve sa coloration et sa consistance normales, n'est le siège d'aucune altération. Le duodénum et l'intestin grêle ne présentent rien de remarquable. Le gros intestin est malade dans presque toute son étendue. Dans le cœcum il existe seulement une rougeur très-prononcée ; mais dans le colon ascendant, le colon transverse et l'S iliaque du colon, les parois de l'intestin sont fortement hypertrophiées ; la muqueuse offre un grand nombre d'ulcérations de trois ou quatre lignes de diamètre, très rapprochées les unes des autres ; les unes, très-profondes, s'étendent jusqu'à la membrane séreuse ; les autres, plus superficielles, plus pâles, présentant une sorte de plissement de la muqueuse environnante, semblent avoir subi un commencement de cicatrisation.

Le *foie* est sain. Il en est de même des autres viscères abdominaux.

L'*utérus* est presque entièrement revenu à son volume naturel. Il a deux pouces de haut sur un pouce et demi de large. Sa teinte est généralement d'un blanc tirant sur le gris ; mais sur les parties latérales de sa face antérieure,

sa couleur est d'un brun très-foncé : il existe là comme des points d'ecchymose. Ces points incisés laissent apercevoir de nombreux vaisseaux veineux remplis de sang. Le tissu de l'utérus a repris tous ses caractères ; sa surface interne est rosée et ne présente aucune altération.

Dans trois points différens des faces antérieure et postérieure de l'organe, on aperçoit près des bords latéraux et au-devant de la naissance des ligamens larges et du ligament rond, dans l'épaisseur même des parois de l'utérus, lorsqu'on les incise, de petits cylindres d'un jaune légèrement grisâtre, qui se ramifient dans le tissu de l'utérus. En les examinant avec soin, on peut reconnaître facilement que ces cylindres sont formés par des veines utérines qui renferment dans leur intérieur un pus concret solide, analogue à une fausse membrane dont l'organisation est déjà fort avancée. Du reste, il est impossible d'isoler cette production pseudo-membraneuse de la paroi des veines dont elle remplit exactement la cavité, et l'ovaire du côté droit est très-petit, il est atrophié ; celui du côté gauche est très-mince et ne présente pas sa largeur habituelle. Dans les deux, le tissu paraît être sain.

Symptômes de métro-péritonite avec phlébite utérine. Traitement par les antiphlogistiques et par les frictions mercurielles. Entérite chronique. Mort. Ulcérations dans le gros intestin. Phlébite guérie. — La nommée Fanny Rev...., domestique, âgée de 17 ans, d'une constitution assez forte, bien portante pendant sa grossesse, entre à la Maison d'accouchement le 22 décembre 1829, et accouche le 5 février 1830. Après un travail de cinq heures, l'enfant naît vivant, présentant la face en quatrième position. La délivrance est naturelle.

Pendant les deux premiers jours qui suivent l'accouchement, l'état de la malade est satisfaisant. Le troisième jour il survient dans le jour un frisson qui est suivi de douleurs et de tension à l'hypogastre. (40 sangsues ; bain de siège).

Cette évacuation sanguine est suivie d'un soulagement de courte durée, et pendant la nuit les douleurs deviennent plus vives.

Le 9 au matin, décubitus dorsal ; face abattue et altérée ; pouls petit et fréquent ; chaleur à la peau ; langue sèche ; abdomen tendu, douloureux. La percussion médiate donne déjà tous les signes d'un épanchement. Diarrhée ; peu de lochies. La sécrétion du lait n'a pas lieu. (Riz avec sirop de gomme, trois pots. Potion gommeuse avec diascordium ʒß ; deux vésicatoires aux cuisses. Onguent mercuriel, ℥ iij pour douze frictions ; bain de siège ; demi-lavement d'amidon et de pavot avec laudanum de Rousseau, goutt. iv).

Le 10 février, face pâle ; traits profondément altérés ; langue sèche ; pouls petit et fréquent. L'abdomen est un peu moins sensible à la pression ; lochies puriformes et d'une odeur désagréable. Pas de selles. La sécrétion du lait commence à s'opérer. (Gomme avec sirop, trois pots ; potion gommeuse ; bain de siége ; onguent napolitain, ℥ ij pour huit frictions ; demi-lavement d'amidon et de pavot avec laudanum de Rousseau, goutt. iv).

Le 11, face pâle ; langue visqueuse tendant à la sécheresse ; pouls fréquent. La région hypogastrique est un peu plus sensible à la pression qu'elle ne l'était la veille. Diarrhée : lochies séreuses. La sécrétion du lait continue à se faire. Les grandes lèvres sont tuméfiées et douloureuses. (Riz ; sirop de gomme ; potion gommeuse avec sirop diacode, ℥ ß ; bain de siège ; demi-lavement d'amidon et de pavot avec laudanum de Rousseau, goutt. iv ; onguent mercuriel, ℥ j).

Pendant la nuit, le sommeil est fréquemment interrompu et les selles sont fréquentes.

Le 12, langue visqueuse ; pouls petit, fréquent. Abdomen encore un peu sensible à l'hypogastre ; diarrhée très-abondante. Des escarrhes commencent à se montrer sur la face interne des grandes lèvres. (Même prescription que la veille).

Les 13 et 14, la diarrhée est très-abondante ; l'abdomen, un peu sensible à la pression, est légèrement ballonné. Le pouls est petit et fréquent ; la langue est rouge ; elle tend à la sécheresse, et la malade s'affaiblit.

Le 15, prostration très-considérable ; langue sèche, encroûtée d'un enduit fuligineux épais ; parole difficile ; pouls petit et fréquent ; abdomen tendu, mais tout-à-fait insensible à la pression ; selles fréquentes, involontaires ; peu de lochies. (Riz ; sirop de gomme, un pot ; potion gommeuse avec diascordium ℥ß ; demi-lavement d'amidon et de pavot avec laudanum de Rousseau, goutt. iv).

Le 16, face sans expression ; langue sèche et brunâtre ; extrémités froides ; évacuations alvines involontaires. La malade meurt dans la journée.

Autopsie, 30 *heures après la mort.* — L'examen de la tête et de la poitrine n'offre rien qui soit digne d'être noté.

Abdomen. Aucune trace d'épanchement, mais adhérences déjà solides entre le cœcum, l'intestin grêle et la fosse iliaque droite.

Estomac présentant une rougeur très-marquée vers son orifice œsophagien ; ramollissement léger de la muqueuse vers le grand cul-de-sac. Rien dans le duodénum ni dans l'intestin grêle.

Gros intestins. Le cœcum offre de la rougeur dans certains points. Ses parois sont amincies, mais il n'y a pas d'ulcérations. Le colon dans toute son étendue est profondément altéré. Ses parois sont épaissies ; elles ont environ deux lignes d'épaisseur. La muqueuse a perdu son aspect habituel. Des matières fécales y adhèrent très-intimement et la recouvrent dans la totalité de son étendue ; soumise au lavage elle présente au-dessous de cette couche de matières fécales une couche de pseudo-membranes que l'on enlève en râclant avec un scalpel. Au-dessous, la surface de la muqueuse est rugueuse et inégale, ce qui est dû à la présence

de nombreuses ulcérations qui s'étendent à toute l'épaisseur de cette membrane. Cette altération se continue jusqu'au rectum.

Utérus. Il est revenu en grande partie sur lui-même. Il n'a plus que quatre pouces de haut sur trois pouces de large. Les parois sont peu épaisses, la face interne est couverte de lochies puriformes d'une odeur désagréable. Vers les angles supérieurs de cette surface interne il existe un ramollissement très-léger et très-superficiel. L'insertion du placenta n'offre rien de particulier. Il n'existe pas de pus dans les vaisseaux lymphatiques. En dedans des ligamens larges, sur la face antérieure et postérieure de la matrice, on apperçoit, lorsqu'on incise les parois de l'organe, des vaisseaux remplis de pus concrété analogue aux fausses membranes. Cette fausse membrane, qui remplit entièrement ces vaisseaux, adhère à leur face interne, de sorte qu'ils se trouvent convertis en cylindres pleins, d'un gris-jaunâtre et qui se répandent dans le tissu de l'utérus. L'altération ne s'étend pas plus loin, et les gros troncs veineux sont à l'état normal.

Les autres organes sont parfaitement sains.

Nous avons eu l'occasion d'observer les mêmes particularités chez une malade qui succomba trois semaines après son accouchement. Cette femme, qui avait été soumise à l'application du forceps, éprouva les symptômes d'une métro-péritonite violente, qui disparurent à la suite du traitement antiphlogistique. La fièvre persista longtemps ainsi qu'une incontinence d'urine à laquelle rien ne put remédier. Des escarrhes survinrent au sacrum et aux trochanters, et la malade succomba.

Les détails de l'autopsie ont été recueillis avec soin; quant à l'histoire de la maladie, elle n'avait été prise que très imparfaitement. Voici ce que l'on observa à l'ouverture du cadavre.

L'extérieur du corps présentait des escarrhes gangreneu-

ses au niveau du sacrum et des trochanters. La région sacrée était occupée par une plaie profonde couverte d'un pus sanieux. Au fond, l'on appercevait l'extrémité inférieure du sacrum entièrement à nu et une portion du coccyx. L'articulation sacro-coccygienne était remplie de pus ; les ligamens étaient détruits et les deux os étaient mobiles l'un sur l'autre.

La tête et la poitrine n'offraient rien de particulier.

Le péritoine ne présentait pas de sérosité ; des filamens membraneux unissaient entr'elles plusieurs anses d'intestin grêle et le grand épiploon avec la face interne de la matrice. Les parois de l'estomac offraient une teinte rouge générale. Du reste, elles n'étaient pas ramollies. Le reste du canal intestinal était sain. Il existait seulement de la rougeur dans le cœcum et dans le colon ascendant, mais il n'y avait pas d'ulcérations.

L'utérus était petit, revenu entièrement sur lui-même ; sa face antérieure adhérait au grand épiploon, et des filamens membraneux unissaient sa face postérieure au rectum. Du côté gauche, le ligament rond, l'ovaire et la trompe étaient fixés à la fosse iliaque par des adhérences solides. La surface interne de l'utérus était noirâtre, comme ecchymosée. Du reste, le tissu propre de l'organe conservait toute sa consistance. En incisant les parois de la matrice, l'on apercevait dans certains points des lignes d'un blanc jaunâtre que l'on pouvait suivre par la dissection dans une assez grande étendue. Ces lignes étaient formées par les veines utérines remplies d'un pus pseudo-membraneux. Du reste, il était impossible d'isoler cette substance des parois veineuses avec lesquelles elle faisait corps. L'altération des veines ne s'étendait même pas aux ligamens larges.

La paroi antérieure du vagin et le bas-fond de la vessie étaient largement perforés, et ces deux organes communi-

quaient entr'eux. Dans le méso-rectum il existait un petit foyer purulent capable de loger une noix.

L'on peut étudier dans ces trois faits le mécanisme par lequel s'opère la guérison de la phlébite utérine. On peut voir que c'est par suite d'une secrétion pseudo-membraneuse, laquelle oblitère complètement le vaisseau et le convertit en un cylindre solide qui ne peut plus transmettre la matière purulente aux branches plus volumineuses. Mais outre ce fait qui peut modifier le pronostic de cette maladie qui paraissait entièrement au-dessus des ressources de l'art, il en ressort encore cette autre conséquence, c'est que lorsque la phlébite s'est ainsi terminée par la guérison, on en retrouve les traces même deux mois après l'invasion de la maladie, comme dans la première de nos observations de guérison.

Observation d'anomalies anatomiques remarquables de l'appareil circulatoire, avec hépatocèle congéniale, n'ayant donné lieu pendant la vie à aucun symptôme particulier ; suivie de réflexions par M. le docteur Raoul Chassinat.

Le sujet de cette observation est une petite fille qui fut apportée à la clinique d'accouchement de la Faculté de médecine le 7 septembre 1835. Elle était née depuis 24 heures : faible et chétive, elle n'avait guère plus de vitalité qu'un enfant né au septième ou huitième mois de la vie intra-utérine. Cependant sa mère assura qu'elle était à terme ; et le développement de la peau, des ongles, et divers autres signes de maturité, appuyaient son assertion. Cette enfant portait une hernie ombilicale congéniale, et c'était contre cette affection que l'on venait reclamer les secours de l'art.

Examinée à l'instant même, elle a présenté l'état suivant :

L'anneau ombilical était large comme une pièce de cinq francs, parfaitement circulaire, faisant au-dessus du niveau des parois abdominales une saillie de deux lignes environ, en formant un bourrelet charnu coloré en rouge, assez sensible extérieurement. Ce bourrelet environnait et étranglait, de manière à y tracer un sillon circulaire assez profond, une tumeur pédiculée, arrondie, légèrement comprimée d'avant en arrière, de deux pouces environ dans tous ses diamètres; les dimensions du pédicule, un peu moins considérables, étaient celles de l'anneau ombilical qui l'entourait exactement, c'est-à-dire, un pouce et quelques lignes. Cette tumeur, assez molle au toucher, mais nullement fluctuante ni élastique, ne donnant qu'un son mat à la percussion, avait une couleur brune dans toute son étendue, excepté un peu à gauche, où la couleur était d'un blanc-jaunâtre. Elle paraissait constituée par une portion d'un ou de plusieurs viscères abdominaux renfermés dans une poche membraneuse dont les parois peu épaisses, presque transparentes, étaient formées en partie par les tuniques du cordon ombilical énormement dilatées. Cette dilatation cessait brusquement à la surface de la tumeur, et à partir de ce point le cordon offrait le volume ordinaire, 4 à 5 lignes de diamètre.

A sa coloration, à sa consistance, et à ses autres caractères physiques, aussi bien qu'à son siège (en tenant compte de l'âge du sujet), il était jusqu'à un certain point facile, après un examen attentif, de reconnaître que cette tumeur était formée, sinon en totalité, du moins en grande partie, surtout à droite et en avant, par une portion assez considérable de foie. A gauche il n'était pas aussi facile de distinguer les organes qui se trouvaient hors de la cavité abdominale, car c'était de ce côté que se dirigeaient les vaisseaux ombilicaux pour entrer dans l'abdomen, en glissant sur la partie latérale gauche du bourrelet charnu constitué par l'anneau ombilical dilaté. Ces vaisseaux et le tissu

cellulaire qui les accompagne, donnaient lieu à une espèce de ruban assez large et assez opaque pour empêcher de distinguer les parties qui se trouvaient au-dessous de lui.

La tumeur herniaire était continuellement agitée par les mouvemens respiratoires qui avaient une fréquence et une étendue à-peu-près normales, surtout en tenant compte de la faiblesse générale de l'enfant. Elle n'était pas douloureuse au toucher, à travers les vêtemens, mais aussitôt qu'elle était exposée au contact de l'air extérieur, l'enfant poussait des cris aigus, ce qu'on pouvait attribuer à l'action du froid sur la surface du corps mis à nu. Toutes les autres fonctions organiques paraissaient du reste s'exécuter d'une manière naturelle. Cependant la petite malade ne pouvait pas saisir le mamelon.

Quelles avaient été les causes sous l'influence desquelles cette hernie s'était développée ? On ne pouvait la considérer comme due à un arrêt de développement des parois abdominales, d'où serait résultée une éventration; car ces parties, à part la dilatation de l'anneau ombilical, étaient parfaitement conformées d'ailleurs. D'une autre part, la mère, jeune, grande et forte femme, avait joui de la meilleure santé pendant sa grossesse; elle n'avait jamais fait de chute ni éprouvé aucune espèce de violence extérieure. Il fut donc impossible de rien établir de positif sur les causes prochaines ou éloignées de cette affection.

On couvrit l'enfant de vêtemens chauds; on entoura de coton cardé ses petits membres; et, pour tout traitement, on se contenta d'appliquer sur la tumeur une compresse enduite de cérat, et de recouvrir le tout avec un morceau de taffetas gommé.

Jusqu'au lendemain dans l'après-midi, on ne put faire téter la petite malade; cependant elle avala très-bien le lait que la nourrice lui fit couler dans la bouche; mais le soir de ce même jour elle téta bien, et s'endormit d'un sommeil paisible.

Les jours suivans, la membrane qui servait d'enveloppe à la tumeur changea d'aspect ; elle perdit peu-à-peu sa transparence, s'épaissit ; le bout de cordon ombilical qui portait une ligature devint noirâtre, et exhala une odeur très-désagréable. La tumeur herniaire du reste conservait toujours le même volume.

Le vendredi 12, on comprima légèrement la tumeur avec des bandelettes de diachylon gommé placées en croix sur elle, afin de tenter une espèce de réduction. Durant l'application du petit appareil, l'enfant poussa des cris aigus, sa face se grippa, il s'agita beaucoup. Mais le pansement terminé il se calma, prit le sein avec avidité, et téta comme l'enfant le mienx portant. Les jours suivans, il ne présenta aucun phénomène extraordinaire, l'appétit se soutint, les selles furent naturelles, il n'y eut pas de vomissemens. La tumeur continua de répandre une odeur de putréfaction insupportable. On ne toucha pas à l'appareil qui la comprimait.

Le 17, cet appareil fut levé, après être resté appliqué pendant cinq jours. Le cordon ombilical était tombé; mais la portion qui enveloppait les parties herniées, ne s'était détachée qu'en partie, et il en restait encore des lambeaux assez larges sur la tumeur ; ils étaient sphacélés et blanchâtres. Sur les points où les tuniques du cordon étaient tout-à-fait enlevées, on remarquait une autre membrane jaunâtre, opaque, qui paraissait être le péritoine altéré, épaissi. Le volume de la tumeur était le même qu'avant l'application du petit appareil, seulement elle semblait moins saillante, ce qui était dû à son applatissement, et aussi à l'enfoncement des parois abdominales qui étaient sensiblement déprimées vers la colonne vertébrale. Depuis la veille il existait une diarrhée verte très-abondante; les lèvres et la langue étaient sèches et fendillées; il y avait tous les signes d'une inflammation intestinale. Cependant

l'appétit se soutenait, et la petite malade paraissait assez calme quand on ne la touchait pas.

Les deux jours suivans, les phénomènes d'entérite s'exaspérèrent ; la diarrhée augmenta, l'affaissement, la prostration survinrent, et l'enfant succomba le samedi 19, à trois heures de l'après-midi, après avoir vécu douze jours.

Je noterai qu'à aucune époque de sa vie, la petite malade n'a offert la moindre trace de cyanose. Elle respirait assez bien, comme je l'ai dit, et l'hématose ne semblait éprouver aucun obstacle à son parfait accomplissement.

L'autopsie cadavérique fut faite le lendemain.

La couleur générale du cadavre était pâle ; quelques vergetures hypostatiques existaient seulement sur les parties postérieures et déclives.

Examen de la hernie. — La tumeur était recouverte de lambeaux membraneux jaunâtres, semblables aux fausses membranes qui se développent sur les séreuses enflammées, quoique cependant un peu plus résistans. Ces lambeaux n'étaient autre chose que des fragmens de tuniques du cordon ombilical, infiltrés de pus et putréfiés. Le péritoine constituait la partie la plus intérieure du sac herniaire : on le voyait manifestement se détacher des parois abdominales, au niveau de l'ouverture ombilicale, pour se prolonger sur la tumeur où il était facile de le suivre. Il était un peu épaissi, opaque, et adhérait intimement aux lambeaux membraneux du cordon. A la partie inférieure de l'anneau on trouvait les vaisseaux ombilicaux, ainsi que l'ouraque, oblitérés presqu'entièrement.

La tumeur était formée par une portion considérable du *foie*, spécialement par la portion gauche. La pression que le pourtour de l'anneau ombilical avait exercée sur lui, y avait tracé un sillon profond, duquel partaient, en rayonnant, quelques plis longitudinaux de six à neuf lignes de longueur. Ce sillon divisait l'organe en deux portions inégales, dont celle du côté gauche était la plus considérable.

Malgré l'état dans lequel se trouvait cette glande, les fonctions n'avaient pas paru modifiées pendant la vie. Il n'y avait pas eu trace d'ictère; les urines, les matières des déjections alvines, avaient eu une couleur normale, et même dans les derniers jours, comme je l'ai dit, ces matières avaient présenté une coloration verte des plus marquée. Il est vrai de dire que le tissu du foie, même dans la partie herniée, avait la couleur et la consistance normales; il ne semblait nullement altéré, excepté toutefois à sa surface, dans les points qui étaient en contact avec le sac herniaire, à l'altération duquel il paraissait avoir participé.

Outre le foie, on trouva encore dans le sac herniaire une petite portion de la vésicule biliaire, et un peu à gauche et inférieurement un petit lambeau du *grand épiploon*. Mais il n'y avait pas la plus petite anse d'intestin; ce qui explique sans doute la régularité des fonctions de ce viscère durant la vie.

L'anneau ombilical, à part son énorme dilatation, était constitué, comme à l'ordinaire, par les membranes abdominales et la peau. Les *muscles droits* étaient distans des bords de cet anneau, d'un bon demi-pouce; ils se rapprochaient peu-à-peu au-dessous de lui, et devenaient à-peu-près contigus à peu de distance de leur insertion pubienne.

Le *canal intestinal* ne fut pas ouvert. Cependant, eu égard aux phénomènes inflammatoires qui se manifestèrent dans les derniers jours de la vie, je suis porté à croire qu'il était vivement enflammé, et que cette inflammation a été en grande partie la cause de la mort.

Les organes circulatoires présentèrent les anomalies les plus curieuses, et c'est surtout cette partie de l'autopsie cadavérique qui m'a paru mériter de fixer l'attention des anatomo-pathologistes.

Le *cœur*, d'un volume un peu plus considérable que ne semblaient le comporter la stature et le développement du sujet, avait trois cavités ventriculaires bien distinctes.

Le *ventricule gauche* était à l'état normal, ainsi que la valvule mitrale et la cloison qui le séparait du ventricule droit. Il s'ouvrait dans l'aorte comme à l'ordinaire.

Mais le *ventricule droit* était double : de ses deux cavités, l'une était antérieure et plus petite que l'autre qui était latérale et un peu postérieure. Séparées, dans leur moitié inférieure, par une cloison peu épaisse, ces deux cavités s'ouvraient, l'une dans l'autre, à leur partie supérieure, par une ouverture à bords arrondis et lisses, surtout à la partie gauche ; cette ouverture avait environ trois lignes de diamètre. La cavité postérieure communiquait avec l'oreillette droite qui s'y ouvrait, comme à l'ordinaire, avec son appareil valvulaire à l'état normal. La cavité antérieure s'ouvrait dans l'aorte, au-dessus des valvules sigmoïdes, qui avaient la forme, l'étendue et le nombre normaux. De cette manière cette cavité communiquait avec le ventricule gauche, au moyen d'une ouverture elliptique circonscrite inférieurement par une espèce d'arête lisse et polie formée par la partie supérieure de la cloison ventriculaire.

L'*aorte* naissait donc à la fois du ventricule gauche et du ventricule droit. Ce vaisseau, à son origine, avait un diamètre beaucoup plus considérable qu'il n'aurait dû l'être proportionnellement aux autres parties de l'appareil circulatoire ; ce diamètre avait cinq lignes environ. Ce volume augmentait encore à une ligne au-dessus des valvules sigmoïdes, et là, du côté droit, existait une dilatation comme anévrysmale, assez considérable pour faire une saillie d'une ligne au moins au-dessus du niveau du reste du vaisseau. La dilatation portait sur les trois tuniques de l'artère ; elles n'étaient nullement altérées dans leur texture. En un mot, on trouvait ici une image en petit de ces dilatations de l'aorte, près de son origine, que l'on observe chez certains vieillards affectés d'hypertrophie du ventricule gauche du cœur, dilatations qui dépendent du choc trop violent

du sang contre les parois du vaisseau. Ici la dilatation était due absolument à la même cause. Le sang frappait avec trop de force l'aorte, pour la résistance qu'elle pouvait offrir, non pas par suite d'une hypertrophie du ventricule gauche, mais parce que ce sang se trouvant projeté à-la-fois par les deux ventricules, la force d'impulsion, comme on le comprend aisément, devenait alors double de ce qu'elle eût été dans l'état de bonne conformation du cœur, et elle se trouvait être au moins égale à celle qui eût existé si le ventricule gauche eût été frappé d'une notable hypertrophie. L'aorte, dans le reste de son étendue, et les branches qui en naissaient, n'offraient rien de particulier à noter.

Le *canal artériel*, encore ouvert, pouvait admettre une forte plume de corbeau. Il se continuait directement avec l'artère pulmonaire du côté gauche, qui avait un volume normal. Un peu au-dessous se trouvait le point d'union de l'artère pulmonaire du côté droit, plus considérable que celle du côté gauche, et du tronc de l'artère pulmonaire.

Ce *tronc* était à l'état rudimentaire : il consistait seulement en un petit cordon fibro-celluleux d'un demi-pouce de longueur au plus, dont le volume allait en diminuant de haut en bas, depuis une ligne jusqu'à une demi-ligne de diamètre qu'il présentait à son milieu, pour s'élargir un peu dans le reste de son trajet. Sa cavité était infundibuliforme; elle n'existait que jusqu'à une ligne et demie ou deux lignes au-dessus de son point d'origine. Ses parois flasques, minces, offraient à peine, surtout inférieurement, la consistance des parois veineuses. Ce rudiment d'artère pulmonaire naissait de la partie supérieure et gauche de la cavité antérieure du ventricule droit; elle ne s'ouvrait pas dans cette cavité : un petit cul-de-sac à peine apercevable, indiquait où aurait dû exister son ouverture.

Certainement le système vasculaire artériel nous a offert

des anomalies anatomiques bien curieuses; mais des faits de ce genre ont déjà été observés, et un grand nombre se trouvent consignés dans les annales de la science; seulement ce qu'il pourrait y avoir de remarquable ici, ce serait la réunion de plusieurs de ces vices de conformation sur le même sujet, ce qni au reste a encore été rencontré, quoique plus rarement. Mais je ne sache pas qu'il existe un seul exemple bien constaté de ce que va nous montrer la dissection de l'appareil veineux central.

L'oreillette droite avait une capacité considérable et presque double de celle de l'oreillette gauche. Elle était tapissée dans presque toute son étendue par une concrétion fibrineuse membraniforme, jaunâtre, consistante, d'une demi-ligne d'épaisseur dans certains points, adhérente aux colonnes charnues dont elle remplissait exactement les interstices. Ces caractères distinguaient cette petite masse fibrineuse de ces concrétions polypiformes qui se rencontrent si souvent sur les cadavres dans les cavités du cœur et des gros vaisseaux, et qui sont dues à une coagulation du sang survenue après la mort, ou tout au plus dans les derniers instans de la vie. Celle dont je parle était beaucoup plus ancienne; elle se prolongeait jusque dans la cavité postérieure du ventricule droit qui en contenait des lambeaux. Le *trou de Botal*, largemont ouvert, pouvant admettre l'extrémité du petit doigt, faisait communiquer les deux oreillettes de manière à n'en former, pour ainsi dire, qu'une même cavité, à peine interrompue à son niveau par un petit diaphragme circulaire très-peu saillant. Les *veines caves* s'ouvraient dans l'oreillette comme à l'ordinaire; leurs ouvertures ne présentaient rien de particulier, ainsi que la valvule d'Eustachi, qui offrait seulement l'étendue remarquable qu'elle a naturellement à cet âge, en proportion des autres parties.

L'oreillette gauche ne recevait qu'une veine pulmonaire: c'était celle du côté gauche. Mais cette veine était volumi-

neuse. Le système veineux pulmonaire du côté droit se réduisait aussi à un vaisseau unique, qui, au lieu de se rendre dans l'oreillette gauche (et c'est là cette anomalie que je crois n'avoir jamais été observée encore), se séparait de la base du poumon, à sa partie inférieure et un peu antérieure, après avoir existé indivis dans une étendue de deux à trois lignes environ, dans le parenchyme de l'organe ; puis ce tronc veineux, de la grosseur d'une plume à écrire de moyen calibre, traversait le diaphragme par une ouverture particulière et venait se confondre avec la veine cave ascendante au dessus du point d'union de ce vaisseau avec les veines sus-hépatiques.

La veine cave descendante continuait son trajet à gauche de la veine que je viens de décrire en formant avec elle un angle très-aigu ; elle traversait le diaphragme par l'ouverture qui lui est propre, et se rendait à l'oreillette droite comme déjà je l'ai dit.

De cette manière, cette oreillette, outre le sang veineux des parties inférieures et supérieures du corps apporté par les deux veines caves, recevait encore le sang artérialisé par le poumon droit. N'est-ce pas à cette surabondance de sang reçu par l'oreillette qu'il faut attribuer la notable dilatation dont elle était le siége? Et ne pourrait-on pas attribuer à une stase du sang nécessaire alors, par suite à la diminution de contractilité de l'oreillette, dépendant de sa dilatation, cette concrétion sanguine déjà ancienne et presqu'organisée que renfermait sa cavité ? Je crois qu'à ces deux questions on peut répondre par l'affirmative.

La circulation dans le foie et les autres viscères n'offrait rien d'anormal.

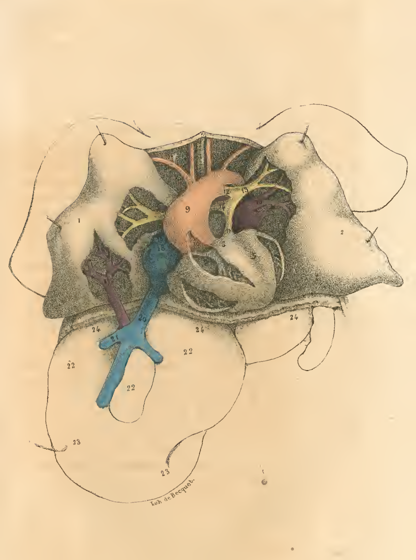
De ces vices d'organisation du système vasculaire sanguin résultait un mélange complet du sang artériel et du sang veineux. En effet, il y avait communication des deux ventricules qui poussaient simultanément le sang qu'ils contenaient dans l'aorte ; une partie de ce sang, à

moitié veineux et à moitié artériel, était envoyée au poumon par le canal artériel persistant, et destinée à suppléer le tronc de l'artère pulmonaire oblitéré et à l'état rudimentaire; l'autre portion allait aux différens organes, en suivant les ramifications de l'aorte. En outre, le sang revivifié par le poumon gauche, revenait à l'oreillette gauche, et se mêlait par le trou de Botal largement ouvert avec celui que contenait l'oreillette droite, lequel à son tour n'était pas entièrement noir; car il résultait du mélange du sang apporté par les deux veines caves et les artères coronaires du cœur avec le sang revivifié par le poumon droit et versé dans la veine cave ascendante par la veine pulmonaire droite. Je le répète donc, le mélange du sang veineux avec le sang artériel était le plus complet possible, et pourtant il n'y avait jamais eu, à aucune époque de la vie, la plus petite trace de *cyanose.* Cette observation aurait certainement, sous ce rapport, paru bien étonnante il y a quelques années, surtout avant la publication du mémoire de M. Louis; mais aujourd'hui la question n'est plus là, et l'on serait peut-être tenté de regarder comme rares et extraordinaires, non plus les cas où la communicanication du système à sang rouge et du système à sang noir (sans complication toutefois d'une autre altération du cœur), n'a pas été accompagnée de cyanose, mais bien ceux dans lesquels ces deux phénomènes ont existé simultanément, et comme conséquence évidente et immédiate l'un de l'autre.

La pièce pathologique que je viens de décrire existe encore, mais dans un état déjà avancé de putréfaction, dans le petit musée anatomo-pathologique de la Clinique d'accouchemens de la Faculté.

EXPLICATION DE LA PLANCHE.

La poitrine et l'abdomen sont largement ouverts. Les poumons sont extraits en partie de la cavité thoracique, et fortement ti-


1
2
9
13
18
20
21
22
22
22
23
23
24
24
24
Lith de Becquet.

taillés par des érignes, afin de mieux faire voir les gros vaisseaux. Le foie est renversé de manière à montrer la face concave et postérieure, et maintenu en cette position par une érigne.

1. Poumon droit. — 2. Poumon gauche. — 3. Cœur. — 4. Cavité du ventricule gauche ouverte artificiellement. — 5. Ouverture du ventricule gauche dans l'aorte et en même temps dans la cavité antérieure du ventricule droit. — 6. Cavité postérieure du ventricule droit ouverte artificiellement. — 7. Cavité antérieure du même ventricule ouverte aussi par le scalpel. — 8. Ouverture de communication entre les deux cavités précédentes. — 9. Aorte. — 10. Ouverture de l'aorte dans le ventricule gauche, d'une part, et dans la cavité antérieure du ventricule droit de l'autre. Le scalpel a enlevé en ce point un lambeau du vaisseau. — 11. Tronc de l'artère pulmonaire oblitéré et à l'état rudimentaire. — 12. Canal artériel persistant faisant communiquer l'aorte avec — 13. l'artère pulmonaire gauche, et — 14. l'artère pulmonaire droite. — 15. L'oreillette gauche ne recevant qu'une — 16. veine pulmonaire gauche. — 17. Système pulmonaire droit réduit à un seul vaisseau qui traverse le diaphragme et se rend dans la veine cave ascendante. — 18. Oreillette droite. — 19. Tronc de la veine cave descendante coupé. — 20. Veine cave inférieure. — 21. Veine sus-hépatique gauche. — 22. 22. 22. Le foie renversé à droite. — 23. 23. Portion du foie herniée. — 24. 24. 24 Le diaphragme.

Le reste est sans intérêt.

— La couleur rouge est affectée au système circulatoire sanguin aortique ;

— La couleur jaune au système circulatoire pulmonaire artériel ;

— La couleur violette au système circulatoire pulmonaire veineux ;

— La couleur bleue au système veineux de la grande circulation.

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie pathologiques.

MONSTRUOSITÉ DU SYSTÈME VASCULAIRE : *Cyanose; perforation de la cloison inter-ventriculaire ; anomalie rare de l'aorte et de l'artère sous-clavière gauche ; Obs. par le prof. Holst, de Christiania.* — Un enfant du sexe féminin, qui était né avec toutes les apparences de la santé, offrit, dans sa deuxième année, une coloration bleue de la peau, principalement dans les parties éloignées du cœur, qui sont recouvertes d'une peau mince, telles que les lèvres, les orteils,

les doigts, etc. Cette coloration se manifestait surtout après des mouvemens violens du corps, ou quand l'enfant était ému. La respiration était gênée; la température de la peau était plus basse qu'à l'ordinaire. Lorsque par hasard l'enfant se piquait ou s'écorchait, il s'écoulait du sang noir, bleuâtre ou couleur de suie. Il mourut avec les symptômes de la cyanose, âgé d'environ sept ans.

La portion droite du cœur était beaucoup plus volumineuse que la portion gauche. Le trou de Botal était ouvert; les deux ventricules communiquaient ensemble par une ouverture anormale pratiquée dans la cloison inter-ventriculaire. De même que l'artère pulmonaire, l'aorte naissait du ventricule droit, et ces deux vaisseaux étaient d'un très-petit volume. Les poumons étaient très-petits; leurs veines étaient plus volumineuses et renfermaient plus de sang que les artères, mais dans ces deux ordres de vaisseaux le sang présentait les mêmes qualités. L'anomalie la plus remarquable et la plus rare était celle que présentait l'artère sous-clavière gauche, qui ne naissait point de l'aorte. En suivant l'artère brachiale vers la poitrine, on trouva qu'elle se terminait, comme l'artère sous-clavière, au niveau de la seconde vertèbre dorsale, presque à un pouce de l'aorte. Elle avait ses principales branches, tandis que la petite artère pulmonaire fournissait, dans l'endroit où se trouve ordinairement le canal de Botal, un canal long de deux pouces, qui suivait la même direction que l'artère vertébrale de bas en haut, et obliquement de droite à gauche, et s'unissait sous un angle presque droit, avec l'artère sous-clavière gauche. Ces trois vaisseaux, savoir, l'artère sous-clavière gauche, l'artère vertébrale et le canal indiqué ci-dessus, se réunissaient en un renflement considérable, de forme triangulaire, dont le côté le plus long était situé en dedans et les deux autres en dehors. De l'angle supérieur naissait l'artère vertébrale gauche, de l'angle inférieur naissait le canal cité, et de l'angle interne ou gauche naissait l'artère sous-clavière gauche. L'aorte, après avoir donné l'artère sous-clavière droite, la carotide droite et la carotide gauche, diminuait beaucoup de grosseur, et au niveau de sa crosse elle avait déjà perdu la moitié de son volume. Le thymus avait un volume extraordinaire, ce qui me paraît venir à l'appui de l'opinion de Meckel et de plusieurs autres physiologistes, qui pensent que les glandes thoraciques suppléent le poumon dans ses fonctions, chez les sujets atteints de lésions organiques du cœur, telles que celles qui viennent d'être citées. (*Rust's Magazin*, T. XLIV, partie II, p. 316).

Surdité congénitale. (*Vice de conformation de l'oreille interne dans le cas de*) ; *par le docteur Edward Cock.* — Ce travail a pour base les détails nécroscopiques recueillis dans cinq cas de surdité congénitale. Les cinq enfans en question moururent d'affections strumeuses des viscères thoraciques ou abdominaux. Dans trois cas, il y avait une ulcération scrofuleuse dans les deux oreilles, avec destruction partielle de la membrane du tympan. Dans un cas, la cavité du tympan, les cellules mastoïdiennes, et tout le tissu aréolaire de l'os pierreux, étaient remplis par le liquide aqueux que produisent les scrofules. Dans tous les cas, la portion pierreuse du temporal variait pour le volume et pour la forme ; tantôt elle était moins développée qu'à l'ordinaire, tantôt elle l'était davantage. Dans deux cas, les canaux demi-circulaires étaient incomplets. Dans un troisième, on ne trouvait aucun vestige de la fenêtre ronde ; de chaque côté ; la lacune habituellement occupée par la membrane, était remplie par de la substance osseuse. Dans un quatrième, l'aqueduc du vestibule était assez large pour admettre une petite sonde, tandis qu'ordinairement on peut à peine y introduire un cheveu très-fin. L'importance des canaux demi-circulaires dans l'acte de l'audition est rendue manifeste par ce fait qu'ils existent dans les oreilles de tous les animaux chez qui on a observé des oreilles, excepté les crustacées.

Le docteur Thurnam a inséré dans le même volume, les détails de l'inspection des organes de l'audition chez un jeune homme, agé de 13 ans, qui était affecté de surdité congénitale.

Dans une oreille, le canal demi-circulaire horizontal était incomplet ; il n'y avait aucune trace du sac ou utricule du vestibule, ou des canaux demi-circulaires membraneux. Dans l'autre oreille, une petite quantité de substance, comme calcaire, était située dans le ventricule, et s'étendait dans l'ouverture de l'échelle du vestibule. On ne rencontra point le sac du vestibule, mais on trouva des canaux demi-circulaires membraneux, gélatiniformes, très-petits. (*Lond. med. chir. Trans.*, T. XIX).

Pathologie.

Hydrocéphale chronique externe ; *par le docteur Creutzwiezer.* — NN., aujourd'hui âgé de 26 ans, fils d'une journalière, était né, au rapport de cette dernière, avec une tête volumineuse, constamment molle au toucher, et dont les fontanelles persistaient encore à l'âge de trois ans. Les premiers phénomènes de développement de l'enfant, la dentition, la marche, la parole, se décla-

rèrent généralement d'une manière plus tardive qu'on ne l'observe d'habitude. Cependant dès sa quatrième année l'enfant avait déjà une intelligence normale ; il avait la conception prompte et le jugement droit. A mesure qu'il avançait en âge, la disproportion entre la tête et le reste du corps se prononça de plus en plus, jusqu'à ce qu'enfin il présenta les dispositions suivantes :

Sur le syncipat, ou point de jonction des pariétaux avec l'occipital, existe une ouverture arrondie d'un pouce de diamètre, de six lignes de profondeur, recouverte par le cuir-chevelu, dans lequel un œuf de poule s'engage par son gros bout jusqu'à la moitié de sa longueur, puis s'élève et s'abaisse isochroniquement avec la respiration. Toute la moitié gauche de la face est régulière et présente un aspect agréable ; en revanche la partie droite est déformée dans toutes ses parties, l'œil, la moitié du nez, l'oreille, la moitié de la bouche et la joue de ce côté sont abaissés d'un demi-pouce et considérablement augmentés de volume, de telle sorte que la joue droite donne au toucher la sensation d'un sac charnu tendu par un liquide. Si l'on soulève cette joue pendante, en la comprimant brusquement, on voit aussitôt la dépression du syncipat se remplir et chasser le corps étranger qu'on y avait placé ! Ce phénomène, quelqu'étonnant qu'il paraisse, et cependant réel, s'explique par la disposition suivante. En examinant la tête avec attention, on remarque que l'os frontal n'est point uni en dehors avec l'os malaire correspondant, mais qu'il existe entre eux une fente de la largeur d'une plume d'oie. Un écartement semblable a lieu à l'apophyse mastoïde du même côté. Une difformité plus remarquable encore est celle du maxillaire inférieur. Cet os est divisé en trois parties complètement séparées les unes des autres, et qui ne sont maintenues dans leurs rapports que par les buccinateurs et les muscles de la face et du coù. Chacun de ces fragmens est garni de deux dents saines placées dans des alvéoles intactes. Cette disposition donne à la figure de ce malheureux un aspect encore plus difforme pendant la mastication.

C'est au moyen de ces fentes osseuses que le liquide accumulé dans la joue communique avec celui contenu dans la cavité du crâne, comme le démontre l'expérience rapportée plus haut. Au premier moment, on pouvait penser que ces collections liquides se trouvaient renfermées sous les tégumens extérieurs, et ne communiquaient point avec les cavités encéphaliques. Mais on peut s'assurer du contraire, puisque, en entourant la tête d'un ruban fortement serré de manière à intercepter toute communication

entre les tégumens du crâne et les parties molles de la face, on voyait encore la dépression syncipitale se combler chaque fois que l'on comprimait la joue droite. Il faut ajouter que cette manœuvre déterminait toujours un vertige passager.

Cette difformité de la face augmente avec l'âge, de sorte que le malade est obligé d'avoir recours à des moyens mécaniques, et ne peut se passer long-temps d'un suspensoir destiné à soutenir les parties malades. Du reste, son état général n'en est point altéré, et ses facultés intellectuelles conservent leur intégrité. (*Rust's Magazin*, t. LXIV, 3.e Numéro).

Rétrécissement et dégénérescence remarquable du colon; *Obs. par le docteur Hauff.* — Une femme de 49 ans, d'une taille de six pieds, d'un embonpoint extraordinaire, mère de onze enfans dont elle accoucha heureusement, d'une humeur chagrine, d'un caractère impatient, vif, irritable, du reste active et bienfaisante, et jouissant d'une grande aisance, avait eu il y a huit ans une *fièvre bilieuse* qui l'avait retenue trois mois alitée. Mal portante depuis cette époque, elle était malade depuis trois mois : elle se plaignait de flatuosités et d'une violente douleur dans la cuisse gauche, douleur qui rendait la marche difficile et empêchait la malade de se coucher sur le côté. Elle éprouvait dans la région du bassin un tiraillement douloureux, et delà une constriction pénible remontait à gauche dans la région iliaque d'où elle s'étendait transversalement à l'ombilic en se propageant vers la poitrine, de manière à donner lieu à une grande dyspnée avec menace de suffocation.

Vue pour la première fois au 10 octobre, par le docteur Hauff, la malade avait le visage rouge, le pouls plein sans être rapide. Le ventre était souple, les selles rares, le plus ordinairement dures ; l'appétit nul, la langue couverte d'un enduit blanchâtre, la soif grande, la peau chaude, couverte de sueur. On prescrivit des boissons rafraîchissantes, des pilules amères résolutives, des lavemens de chicorée avec addition d'assa-fœtida, pour favoriser l'expulsion des vents. La cuisse malade fut enveloppée d'étoupe. Ce traitement, aidé d'une diète douce, fut continué pendant quelques semaines avec des améliorations passagères dans les symptômes. Le 5 novembre, la malade se plaignait beaucoup d'anxiété, de douleurs sous forme de crampes dans l'abdomen; elle était impatiente et abattue. Trois jours plus tard, après avoir pris du café le matin, elle disparut de la maison, et vers neuf heures on la trouva morte, couchée sur le ventre, sur le bord de la rivière.

voisine. On apprit alors que son père s'était jeté à l'eau, et, en ayant été retiré, s'était pendu quinze jours après. Une sœur s'était également suicidée plus tard. La malade dont nous parlons avait aussi éprouvé, à plusieurs reprises, des atteintes de mélancolie, et surtout dans sa dernière maladie elle avait parlé de suicide.

A l'autopsie, on trouva un cadavre extrêmement gras; le crâne épais, dur, sans traces de diploé; les veines cérébrales gorgées de sang; les vaisseaux de la dure-mère injectés jusqu'aux plus petites ramifications, et les trois membranes plus épaisses que de coutume. Le cerveau était d'un volume peu commun, lourd, ferme; la substance corticale fortement colorée, la substance blanche saine. Les plexus choroïdes contenaient beaucoup de sang et de petites tumeurs hydatiques. Le cervelet était également ferme et pesant, ses membranes injectées, et la substance corticale d'un gris foncé remarquable. La moelle alongée et l'origine de la moelle épinière étaient aussi très-fermes.

Les poumons, libres d'adhérences, étaient marbrés de noir, gonflés d'air, crépitans, un peu plus compacts à leur bord postérieur d'où s'écoule à la section un peu de sang noir. Du reste, aucune altération dans leur tissu. En coupant la trachée, il s'en écoula environ une demi-once d'eau. On n'en trouva point dans les rameaux bronchiques. Le péricarde était enveloppé d'une couche graisseuse épaisse. Le cœur était également chargé de graisse; le ventricule droit renfermait un peu de sang noir; le gauche était vide. Ses cavités étaient d'un rouge brun foncé à l'extérieur; leurs parois épaisses, fermes; les valvules tricuspides en partie indurées, cartilagineuses.

A l'abdomen, la couche graisseuse sous-cutanée avait généralement de un à deux pouces d'épaisseur. Tous les replis du péritoine présentaient une accumulation extraordinaire du tissu adipeux. L'estomac, distendu, contenait une demi-pinte d'eau mêlée d'alimens, sans altération de texture. Le foie était volumineux, pesant, ferme, et contenait beaucoup de sang. Il était sain du reste, de même que le pancréas, la rate et les intestins grêles. Le cœcum était très-dilaté, et le colon ascendant, transverse et descendant, jusqu'à l'S iliaque, représentait une espèce de cylindre arqué, blanchâtre, enveloppé de graisse dans les deux tiers de son pourtour, et du volume du petit doigt jusqu'à celui de l'index. Lisse à l'extérieur, il était garni dans toute sa longueur de gros pelotons graisseux. Incisée, cette partie de l'intestin présentait des parois épaisses d'une bonne ligne, fermes, blanches, sans dis-

tinction de ses différentes tuniques, et semblable à une membrane fibreuse ; sa surface interne était blanche, lisse, sans plis et sans adhérences de follicules. Elle contenait un mucus blanchâtre mêlé çà et là de petites masses de fécès. Sa lumière était rétrécie au point de n'admettre, en certains points, qu'une forte plume de cygne ; en d'autres elle pouvait recevoir le petit doigt ou un objet un peu plus volumineux. Le rectum était dilaté sans altération de texture. Les reins, enveloppés de graisse, étaient volumineux, fermes, d'un rouge foncé, et présentaient chacun un petit kyste près de leur bord convexe. La vessie était vide, saine. Les organes génitaux n'offraient rien de remarquable. (*Heidelberger klinische Annalen*, 1836, 1.er vol., N.o 2).

Diagnostic de l'adhérence du péritoine ; *par le docteur Bright.* — L'auteur donne les détails de l'histoire et des résultats nécroscopiques de six observations ayant pour objet d'éclairer le diagnostic des adhérences morbides du péritoine ; à cette première partie de son travail, il a ajouté des considérations intéressantes sur quelques autres changemens morbides de cette membrane. Dans le cours de sa pratique dans les hôpitaux, l'auteur a eu souvent l'occasion d'observer que, lorsque des adhérences se sont formées entre le péritoine et quelque viscère abdominal, à la suite de l'inflammation, *on perçoit au toucher une sensation particulière qui varie entre la crépitation produite par l'emphysème, et la sensation que l'on perçoit en ployant dans la main du cuir neuf.* Dans chacun de ces six cas, le docteur Bright s'assura, par l'autopsie cadavérique, que des adhérences existaient dans les parties où cette sensation de crépitation avait été reconnue ; et comme, dans aucun cas, il n'observa le symptôme sans que la lésion anatomique existât, il conclue qu'une telle adhérence a dû avoir lieu toutes les fois qu'il observa la crépitation, lors même qu'il ne pût faire l'examen du cadavre. A l'appui de son opinion, outre les six cas qui lui sont propres, le docteur Bright cite un cas observé par les docteurs Farre et Edenborough, et où il pense qu'il y avait des adhérences du péritoine, parce qu'on avait perçu, pendant la vie, la crépitation particulière dont il s'agit ; et enfin un huitième cas, appartenant à M. Copland Hutchinson, où le diagnostic a été vérifié par l'autopsie. (*Lond. med. chir. Trans.*, tome XIX).

Fracture compliquée : *Fracture du tibia au niveau de sa tubérosité ; fracture du péroné ; luxation du pied en arrière ; par le docteur Syme.* — James Dacherty, âgé de 34 ans, étant occupé à décharger un navire, le 2 juillet 1835, fut renversé par une pierre

dont le choc lui fractura les deux jambes. Le tibia gauche était fracturé immédiatement au-dessous de l'attache du ligament rotulien, de sorte que l'on ne pouvait fléchir le genou sans causer un déplacement des fragmens, dont le supérieur était alors attiré en avant par les muscles extenseurs. Un épanchement abondant s'était fait dans l'articulation, dans l'espace poplité, et dans les tissus voisins de la fracture. Le membre fut maintenu dans une position rectiligne au moyen d'une attelle coudée ; on fit sans interruption des lotions avec l'acétate de plomb, sur les parties tuméfiées.

Le péroné droit était fracturé à environ deux pouces au-dessus du coude-pied ; le pied du même côté était luxé en arrière, ce qui donnait lieu à une saillie extraordinaire du talon et à un raccourcissement proportionnel de la partie antérieure du pied. L'appareil recommandé par Dupuytren pour ce genre de lésion, c'est-à-dire, un coussin s'étendant depuis le jarret jusqu'au talon, et une attelle par dessus, fixée au membre à ses deux extrémités, de manière à pousser l'os déplacé, dans sa position normale, fut employé sans succès. En conséquence, le coussin et l'attelle furent placés à la partie antérieure de la jambe, et dès-lors on n'éprouva plus aucune difficulté à maintenir le pied en avant.

L'existence simultanée de deux lésions si peu communes chez la même personne, est une chose digne de remarque. Ce n'est que dans les fractures du tibia situées près de la tubérosité, qu'il est convenable de donner au membre une position rectiligne. Dans tous les autres cas, non-seulement cette position n'est pas nécessaire, mais elle est même nuisible, en s'opposant au relâchement des muscles gastrocnémiens, qui ne peut être obtenue que par la flexion du genou, et en plaçant le membre sur son côté ou sur un plan incliné. La pratique introduite par Dupuytren pour le traitement des fractures du péroné avec déplacement du pied en dehors, est tellement efficace, qu'il semble tout d'abord qu'il n'ait pas pu, sans de bonnes raisons, s'en départir, à l'occasion du traitement du genre de lésion plus rare dans lequel le pied est luxé en arrière. Aussi ai-je essayé plusieurs fois les moyens de traitement qu'il conseille pour ce dernier cas, mais toujours sans succès; et je n'hésite point à recommander comme préférable le procédé qui a été employé dans le cas présent. (*The Edinb. med. and surg. Journ.* Janvier 1836).

Thérapeutique chirurgicale.

Anévrysme de l'artère sous-clavière droite ; *ligature de*

l'artère; guérison; par le docteur Samuel Hobart. — Le 23 avril 1885, M. John Wright, âgé de 38 ans, bien constitué, me consulta ponr une tumeur située immédiatement au-dessous de la clavicule droite, auprès de son extrémité acromiale, et s'étendant vers l'aisselle. Cette tumeur le gênait beaucoup dans les divers mouvemens du bras, et le forçait à se servir du bras gauche dès qu'il devait agir avec quelque énergie. Il éprouvait une douleur aiguë au-dessous de l'omoplate correspondante. A cela près, il paraissait jouir d'une bonne santé. Ayant procédé à l'examen du malade, je reconnus une tumeur pulsative, un peu plus grosse qu'un œuf ordinaire de poule, occupant la région indiquée ci-dessus, et présentant des caractères tellement tranchés, que je fus dès le premier moment fixé sur sa nature. D'après le récit du malade, quatre mois auparavant, étant dans son état habituel de santé, et ne s'étant forcé à aucun exercice violent, *il sentit tout-à-coup comme si son cœur, abandonnant sa situation habituelle, venait se placer dans le lieu occupé actuellement par la tumeur.* Cette sensation extraordinaire ne dura que peu de temps, et le malade n'y pensa plus jusqu'au moment où apparut la tumeur dont les progrès l'alarmèrent. Toutefois il continua à s'occuper de ses affaires, et consulta le docteur Toole, de Bandon, qui porta le même diagnostic que moi. Ne voulant pas alarmer tout-à-coup le malade, et désirant suivre les progrès de la maladie pendant quelques jours, je prescrivis quelques lavemens laxatifs et l'emploi des lotions froides sur la tumeur. Ces moyens furent employés pendant deux ou trois jours, sans qu'il se manifestât aucune amélioration. Cependant avant de recourir à l'opération, et pour y préparer le malade, on prescrivit plusieurs purgatifs, on le saigna largement, et l'on continua pendant plusieurs jours les applications froides. Malgré ce traitement, la tumeur augmenta de volume; le 5 mai, elle avait acquis celui d'un œuf de canne. En conséquence, la ligature de l'artère fut pratiquée le 7 du même mois. Le malade ayant été placé sur une table et couché sur le dos, les épaules un peu élevées, la tête et le cou inclinés vers le côté gauche, l'épaule droite et le bras tirés en bas, je procédai à l'opération, en présence des docteurs Bullen, Toole, Ludgate et plusieurs autres. Le docteur Bullen ayant attiré avec soin la peau sur la clavicule, j'y fis, sur cet os, une incision d'environ deux pouces, commençant au bord externe du muscle sterno-cléido-mastoïdien, et dirigée de ce point vers l'acromion. Alors on laissa la peau revenir à sa place, et j'incisai le peaucier et le fascia cervical dont je complétai la

division sur une sonde cannelée. La veine jugulaire externe fut attirée dans l'angle externe de la plaie, et retenue dans cette position au moyen d'un crochet mousse. Le tissu cellulaire et le tissu adipeux, qui étaient en très-grande quantité, furent détachés soigneusement avec mes doigts et le manche du scalpel, jusqu'au moment où j'arrivai à l'artère, dans le point où elle quitte le muscle scalène antérieur. Je fis alors, avec précaution, à sa gaîne, une ouverture à peine assez étendue pour admettre une sonde cannelée ordinaire, et évitant toute autre opération sur les parties qui lui sont contiguës, je passai une aiguille à anévrysme, armée d'une seule ligature de soie, autour du vaisseau que je liai. Alors la tumeur s'applatit un peu, toute pulsation cessa d'y être perçue, et l'artère radiale cessa de battre. Les bords de la plaie furent rapprochés et maintenus en contact au moyen d'un seul point de suture et de bandelettes agglutinatives. Le membre fut entouré avec une bande de flanelle, et le malade fut placé dans son lit. L'opération ne fut retardée par aucun accident, et fut supportée avec le plus grand calme par le malade qui ne poussa pas un seul gémissement. Elle fut pratiquée à midi.

A neuf heures du soir, le malade était parfaitement calme ; la tumeur avait subi peu de changement depuis l'opération ; la température du membre ne s'était pas sensiblement abaissée ; il n'y avait d'ailleurs rien de particulier.

Le 8, à onze heures du matin, le malade avait eu un mauvais sommeil ; le pouls, au poignet gauche, était au-dessus de 100, plein et fort ; la température, observée dans les deux aisselles, était la même (98° Far.) ; aucun trouble général. Le malade mangea une rôtie au thé. Dans la soirée, les choses étaient dans le même état.

Le 9, à onze heures du matin, le malade avait bien dormi et passé une bonne nuit ; pouls à 100; température du membre comme la veille; pas de selle ; le reste sans changement. (Sel d'Epsom dans une infusion de séné).

Le 10, nuit bonne ; trois selles ; pouls à 96 ; température de l'aisselle comme la veille. On leva les pièces du pansement ; la plaie parut cicatrisée, excepté dans le point occupé par la ligature. Appétit bon ; santé générale satisfaisante ; moral en bon état. Après avoir enlevé la bande de flanelle, on plaça la boule du thermomètre dans le pli du coude, puis dans la paume de la main, et l'on obtint le même degré de température que du côté sain. La bande et les pieces de pansement furent replacées.

Le 11, nuit bonne ; une selle ; pouls à 90 ; température comme la veille.

Le 12, nuit bonne ; deux selles ; pouls à 84 ; température 96.°

Le 13, deux selles ; pouls à 96 ; température 96°. Les pièces de pansement furent enlevées, à l'exception d'une petite bandelette agglutinative destinée à retenir la ligature. La bande de flanelle fut enlevée pour n'être plus appliquée.

Le 14, une selle ; pouls à 90 ; température *idem.*

Le 15, pouls à 80. Le 17, pouls à 88. Le 18, pouls à 90. Des pulsations à peine perceptibles furent senties à l'artère radiale droite.

Le 20, état satisfaisant. Pulsations un peu plus sensibles au poignet. On permit au malade de rester assis dans son appartement.

Le 22, constipation ; pouls à 94 ; l'infusion de séné est prescrite de nouveau.

Le 23, deux selles ; pouls à 84. On prescrivit du bouillon de poulet. Jusqu'au 29, il n'y eut aucun changement dans les symptômes. La ligature s'étant détachée, on permit l'usage de la viande. Pendant deux jours, le malade se promena dans son appartement, et le 2 juin il sortit pour la première fois.

M. Wright n'a pas tardé à reprendre ses occupations habituelles. Le 30 juillet, tous les mouvemens du membre s'exécutaient sans la moindre gêne. La santé était aussi bonne qu'à l'ordinaire. La tumeur, qui avait diminué graduellement, n'était presque plus appréciable. (*The Edinb. med. and surg. Journ.*, janvier 1836).

Médecine-légale.



Suicide par suspension d'un enfant de douze ans, *les pieds reposant sur le sol ; observation recueillie par M. Henri Bayard.* — Le 28 mars, à sept heures du matin, sur le réquisitoire du maire de la commune de Puteaux, M. Carrez, docteur-médecin, s'est transporté au domicile du sieur Vauquelin, teinturier, quai royal, au troisieme étage ; il est entré dans une pièce dont la porte se trouvait ouverte : à droite se trouvait le cadavre d'un enfant tout habillé, pendu à la muraille à la hauteur de cinq pieds deux pouces. Le cadavre a été reconnu celui de Henri Fournier, âgé de 12 ans, fils de L. J. B. Fournier, portier de cette maison.

» J'ai remarqué, dit M. Carrez, qu'un fort clou était enfoncé dans le mur, et servait d'attache à deux cravattes : l'une, à carreaux roses, était fixée au clou ; l'autre, en soie noire, jointe à la précédente, faisait le tour du cou, passant par dessous le menton,

et allait à la partie postérieure, vers la nuque, formant nœud coulant. Le nœud fortement serré, et placé tout-à-fait à la partie postérieure, produisait sur la partie antérieure du cou un serrement considérable. La longueur des deux cravattes formant corde, était de vingt pouces du col de l'enfant au clou. Au-dessous ses pieds, le sol se trouvait élevé d'environ quatre pouces, au moyen d'une grosse pierre et d'une large planche. A côté de ces objets il y avait un petit tabouret de bois renversé, ce qui fait présumer que l'enfant s'en est servi pour attacher les cravattes au clou, n'etant pas assez grand pour y atteindre. Le corps était dans la position suivante : Le dos tourné du côté de la muraille, un peu incliné à droite, la tête penchée sur la poitrine, les jambes fléchies, les genoux à quatre pouces de la planche désignée, les pieds y reposant, étaient en arrière et à gauche. La face était entièrement décolorée ; les yeux étaient, pour ainsi dire, dans l'état normal ; les lèvres grosses et violettes. Des mucosités mousseuses sortaient de la bouche et des narines ; la langue tuméfiée et de couleur livide, faisait saillie entre les dents. Les extrémités inférieures étaient légèrement violacées. Toutes les articulations offraient, ainsi que le corps, une forte rigidité. Tout me fait conclure que le dénommé s'est suicidé au moyen de plusieurs cravattes qui lui ont servi de corde, et que sa mort a été occasionnée par l'asphyxie à la suite d'une strangulation qui m'a paru avoir eu lieu la veille entre sept et dix heures du soir. »

Il résulte des faits recueillis pour éclaircir la cause de cette mort violente, que le dimanche 27 mars, sur les cinq heures du soir, la mère (présumée) de Henri Fournier, l'envoya chercher la montre de son père : l'enfant cassa le ressort. Pour le punir on le fit monter dans sa chambre avec un morceau de pain sec ; il pouvait être alors six heures. Avant de se coucher, à dix heures et demie, Fournier envoya sa petite fille, âgée de huit ans (fille de la femme avec laquelle il vit) pour voir si son frère dormait : elle entr'ouvrit la porte de la chambre alors faiblement éclairée, puis vint dire que son frère reposait. Le lendemain à six heures, une tante de la fille Fournier entra dans la chambre de Henri pour le réveiller, et l'aperçut pendu. A ses cris on accourut, et quelques instans après fut dressé le procès-verbal qui précède.

Tous les témoignages se sont accordés pour rappeler l'intelligence et la gentillesse de l'enfant dans ses jeux avec ses camarades ; il ne se plaignait pas de mauvais traitemens. Cependant il disait

que s'il y avait un coup à recevoir de son père, il était pour lui, et non pas pour sa sœur, à laquelle on passait tout.

Il a été établi que l'enfant était bien soigné par son père, qui l'envoyait à l'école, et par la femme, que dans le pays on croyait être sa mère. La justice crut devoir faire des recherches plus minutieuses, et MM. les docteurs West et Ollivier (d'Angers) (1), furent chargés de faire l'autopsie du cadavre de l'enfant.

« Le 30 mars 1836, etc., nous avons procédé à l'autopsie du cadavre d'un enfant de douze ans, du sexe masculin, que l'on nous dit avoir été trouvé pendu par un cravatte à un clou. On nous a représenté la cravatte de soie noire qui entourait le cou à l'aide d'un nœud coulant, dit nœud de marinier, et qui devait former un lien de un pouce de diamètre environ.

» Nous avons reconnu l'empreinte du lien, située à la partie antérieure du cou, au-dessous de l'os hyoïde, et sur le cartilage thyroïde qui avait été fortement déprimé. En avant et à droite l'empreinte est marquée par la rougeur de la peau; à gauche l'empreinte est comme parcheminée avec froissement et déchirure de l'épiderme. Les deux extrémités de l'empreinte sont dirigées obliquement en arrière et en haut vers les apophyses mastoïdes. Dans la région cervicale postérieure on ne voit que des sugillations cadavériques. La dissection ne fait reconnaître aucune ecchymose sous-cutanée ou inter-musculaire. — Les deux paupières supérieures présentent une multitude de petits points rosés qui offrent l'aspect d'ecchymoses ponctuées assez analogues aux pétéchies. La langue violette, tuméfiée, sort de sept à huit lignes entre les dents; les lèvres sont bleuâtres. Sur le menton existe une petite excoriation superficielle et de légères ecchymoses. Des sugillations cadavériques donnent aux membres une teinte bleuâtre. Les autres parties du corps ne présentent aucune trace de violences extérieures. A l'ouverture du crâne, nous avons trouvé l'encéphale injecté dans toutes ses parties, et sa substance d'une consistance remarquable. La membrane moyenne des artères carotides, la trachée, les poumons, sont à l'état normal. L'estomac contient des matières alimentaires mal digérées, telles que du pain et des morceaux de pommes de terre assez volumineux. L'examen des vertèbres cervicales n'y a fait reconnaître aucune lésion.

Conclusions. — « 1.° La mort a été le résultat de la suspension et

(1) Je dois à l'obligeance de M. Ollivier (d'Angers) d'avoir pu l'assister, et recueillir cette curieuse observation.

de la pression forte et continue qu'exerçait sur le cou la cravatte de soie qui servait de lien.

« 2.° L'absence de traces de violences extérieures sur les autres parties du corps, la direction oblique de l'empreinte du lien, nous font penser que la mort est le résultat d'un suicide.

« 3.° La région du cou occupée par le lien, l'état de congestion du cerveau, les ecchymoses ponctuées de la peau des paupières, ainsi que le gonflement et la couleur violacée de la langue, sont autant de circonstances qui nous semblent assez prouver que la mort a eu lieu plus par le cerveau que par les poumons ; en un mot, qu'ici la suspension a produit plutôt une apoplexie qu'une asphyxie immédiate. »

M. Marc, dans son Mémoire sur la mort du prince de Condé (*Annales d'hygiène et de médecine-légale*), janvier 1831), a joint ses observations à celles de MM. Piorry, A. Devergie, Wegler de Coblentz, Duméril, sur les cas de suicide dans lesquels la mort avait eu lieu par suspension, les pieds restant appuyés sur le sol. Depuis, M. Rendu (*Annales d'hygiène*, juillet 1833) en a publié une nouvelle observation très-remarquable par les détails qu'elle renferme. Aussi la possibilité de la mort par suspension incomplète du corps ne peut plus maintenant être contestée, et le fait que nous citons vient à l'appui de ceux que possède déjà la science. Comme exemple de suicide chez un enfant âgé de moins de 15 ans, je rapprocherai de ce fait celui qu'a rapporté M. Pointe, médecin de Lyon (*Gazette médicale*, ann. 1833, pag. 780), relatif à un très-jeune enfant qui se tua d'un coup de fusil après avoir reçu une réprimande de son père.

Sur 1,898 admissions à la Salpétrière pendant six ans, et sur 191 suicides, M. Esquirol n'en cite que deux avant l'âge de 15 ans. (*Dict. des Sciences médic.*, art. *Suicide*). Sous le rapport de l'âge, l'observation que nous avons recueillie peut donc offrir quelqu'intérêt.

Mort causée au moyen de l'acide nitrique versé dans l'oreille ; *par le docteur J. Morrisson.* — Catherine O'neill, âgée de 40 ans, d'une bonne constitution, mais se livrant de temps en temps à l'ivrognerie, reçut une certaine quantité d'acide nitrique dans l'oreille droite, dans un moment où elle était plongée dans l'ivresse. Je la vis huit jours après. Elle me dit que, le 6 juin 1833, elle avait été réveillée par une douleur brûlante très-vive ayant son siège dans l'oreille droite. Cette douleur avait continué, bien qu'avec moins d'intensité, pendant deux ou trois jours, et avait

ensuite disparu entièrement. Depuis ce moment, elle était restée extrêmement faible, incapable de se tenir debout sans aide, et avait gardé le lit; mais elle n'avait eu ni soif, ni douleur de tête, ni chaleur à la peau.

La fille de cette femme raconta, que son père rentrant chez lui et trouvant sa femme ivre dans son lit, sortit et revint au bout de quelques minutes; qu'il versa dans l'oreille de cette dernière une grande partie du liquide contenu dans une fiole qu'il avait dans sa poche; que la partie latérale de la face et du cou de sa mere prit immédiatement une couleur jaune que l'on ne put enlever par le lavage. Au bout de six jours, une escarrhe membranense, épaisse, cordée, se détacha du condnit auditif. Cette élimination fut suivie, le lendemain, d'une hémorrhagie très-abondante, qui donna environ vingt onces de sang. Le jour suivant, la malade perdit complètement l'usage de son bras droit, et devint tellement faible que sa famille désespéra d'elle, et que son mari, prévoyant le sort qui lui était réservé, tenta de se suicider en se coupant la gorge.

Au moment de ma visite, huit jours après l'accident, il y avait plusieurs ulcérations à la surface de l'oreille, surtout dans la conque; le lobule semblait avoir entièrement perdu sa vitalité. Une partie de la face et du cou était également ulcérée; un écoulement ichoreux peu abondant sortait du méat externe; l'ouïe était complètement abolie. Il n'y avait ni céphalalgie, ni aucun appareil fébrile. Le pouls était à 88, petit, faible et intermittent. La température de la peau était plus basse qu'à l'état normal. Il n'y avait ni stupeur, ni respiration stertoreuse, ni vertiges. L'affaiblissement seul paraissait devoir attirer l'attention.

Malgré le tamponnement de l'oreille, et l'emploi des lotions astringentes, combinés avec l'usage interne des toniques, des bouillons de viande, etc., l'hémorrhagie se reprodnisit chaque jour, pendant environ un mois, avec assez d'abondance. Au bout de ce temps elle cessa, mais la débilité avait fait des progrès.

Quinze jours après le début de la maladie, toute la moitié droite du corps, dont la paralysie s'était établie peu à-peu, était complètement soustraite à l'empire de la volonté et agitée de tremblemens fréquens qui se manifestaient même quand la malade était dans son lit. Cette paralysie avec tremblemens persista pendant environ cinq semaines, au bout desquelles il se manifesta une amélioration marquée, tant sous ce rapport que sous celui de l'état général. Les muscles du côté droit étaient revenus un peu sous

l'influence de la volonté, et les tremblemens avaient presque cessé. Alors la malade résolut d'aller voir son mari à l'hôpital, où elle se rendit en s'appuyant sur deux personnes. A son retour chez elle, elle se trouva épuisée, et tomba dans un état de prostration générale, d'où elle ne se releva point. Le côté qui avait été paralysé fut libre de tremblemens et soumis à la volonté pendant plusieurs semaines avant la mort, excepté le bras qui était toujours resté complètement paralysé. L'articulation des mots resta distincte, les facultés intellectuelles furent intactes. Il y eut un peu de toux, avec expectoration muco-purulente et des sueurs nocturnes. La mort eut lieu six semaines après la visite de la malade à l'hôpital.

Autopsie cadavérique. — L'émaciation était considérable. La partie inférieure de l'oreille droite était détruite. Une cicatrice recouvrait la portion restante. Le conduit auditif externe était beaucoup plus large qu'à l'état naturel. La dure-mère ne présentait rien d'anormal, excepté en un point, de l'étendue d'une pièce de deux sous, correspondant au trou auditif interne, qui semblait avoir une coloration un peu plus foncée qu'à l'ordinaire, mais n'offrait ni épaississement, ni adhérences. Il n'y avait aucun épanchement de sérosité, ni de lymphe, ni de pus; mais un caillot sanguin du volume d'un pois, bouchait exactement l'entrée du conduit auditif interne. Aucune partie du cerveau ne parut altérée, à l'exception de la portion qui correspondait au rocher du temporal droit, et qui offrait un peu de ramollissement; état sur lequel on pouvait élever des doutes. Le rocher du temporal droit était entièrement carié. Le nerf de la septième paire du côté droit, comparé avec celui du côté opposé, semblait atrophié. La tête n'offrit rien autre chose à noter. Les poumons parurent sains.

Cette observation est intéressante à plusieurs titres: 1.° à cause du moyen nouveau et bizarre auquel on eut recours pour donner la mort. 2.° A cause de l'existence simultanée de la paralysie complète du bras et de la paralysie avec tremblement de la moitié du corps du même côté, symptômes survenant après la lésion décrite, se manifestant après d'abondantes hémorrhagies, et dont l'un, la paralysie avec tremblement, disparut après que les hémorrhagies eurent été suspendues. 3.° A cause du développement d'une carie étendue à toute la portion pierreuse du temporal, sans douleur et sans aucun signe qui pût, soit avant, soit après la mort, indiquer certainement un état inflammatoire du cerveau ou de ses membranes. (*The Dublin Journal*, N.° 25.)

Académie royale de Médecine.

Séance du 26 avril. — La séance est consacrée à la discussion du mémoire de M. Rochoux, sur l'*hypertrophie du cœur considérée comme cause de l'apoplexie*, *et le système de Gall.*

Dans ce mémoire, M. Rochoux, après avoir défini l'apoplexie une *hémorrhagie par rupture suite d'une altération du tissu de l'encéphale*, s'attache à démontrer, par la physiologie d'abord et ensuite par l'observation directe, que cette rupture n'est point et ne peut être le résultat de la déchirure des vaisseaux par la simple impulsion du sang. Les vaisseaux, dans l'état normal, offrent une résistance trop grande pour céder à cette distension. Le cœur, même à l'état d'hypertrophie, ne peut avoir alors qu'une faible influence sur la circulation cérébrale. Si la rupture des vaisseaux était déterminée par l'action du cœur, on ne s'expliquerait pas la cicatrisation des foyers hémorrhagiques, puisque cette cause persisterait. L'examen de ces foyers apoplectiques vient d'ailleurs directement éclairer la question. Dans les cas rares d'apoplexie qu'on peut dire foudroyante, où la mort arrive en peu d'heures, et qui permettent le mieux d'étudier l'altération du cerveau, on voit que la substance cérébrale, immédiatement appliquée au caillot, est hérissée de lambeaux rouge-brun, flottant dans le foyer comme une sorte de gazon; puis que la substance elle-même qui forme les parois est, dans l'épaisseur d'un quart de ligne jusqu'à deux ou trois lignes imprégnée d'un ponctué sanguin qui se raréfie insensiblement en s'éloignant du centre jusqu'à une couche de quelques lignes encore offrant une couleur jaunâtre. La mollesse de ces deux couches est extrême, mais ne se laisse cependant pas délayer à un courant d'eau. — M. Rochoux se rend compte de l'absence des signes précurseurs de l'apoplexie, malgré le ramollissement préalable, par l'analogie que présentent plusieurs lésions qui, quoique très-graves, ne se manifestent par aucun symptôme pendant plus ou moins de temps, les tubercules, par exemple. Si l'apoplexie survient dans des circonstances où la circulation est activée, elle survient aussi dans beaucoup de cas où le calme est le plus parfait. C'est pendant la jeunesse que la circulation a le plus d'activité, et c'est alors que l'apoplexie est rare. Les aliénés ont de fréquentes congestions cérébrales, et très-peu succombent à l'apoplexie.

M. Rochoux a, du reste, noté l'état du cœur sur 30 apoplectiques, et chez 30 individus morts de maladies aiguës diverses; âge moyen de ces derniers, 70 ans. 26 avaient une hypertrophie du cœur, et même souvent d'autres lésions de cet organe. Chez les 30 apoplectiques, âge moyen 72 ans, 24 avaient aussi le cœur plus ou moins hypertrophié. L'influence du cœur est au moins, comme on voit, très-peu appréciable.

M. Rochoux passant ensuite aux phénomènes de l'apoplexie, observe que quel que soit le siège de l'hémorrhagie, le cerveau souffre dans tout son ensemble, et les symptômes généraux sont toujours les mêmes. Il en conclue que ce résultat infirme tous les systèmes phrénologiques. Cela, joint aux démentis donnés à chaque instant à ces doctrines par l'examen de la tête des grands criminels, de Fieschi entr'autres, démontre *que la phrénologie est un des plus grands mécomptes de l'époque.* (M. Rochoux a dit ailleurs : *mystification !*)

Sur une motion de M. Honoré, la discussion est divisée et a trait d'abord aux *causes de l'apoplexie.*

Causes de l'apoplexie. — M. Piorry présente une série d'objections à la proposition de M. Rochoux, qui refuse à l'hypertrophie du cœur toute influence sur la production de l'apoplexie : 1.° M. Rochoux aurait dû ne pas seulement considérer le cœur gauche, et tenir compte de la stase du sang dans le cerveau qui suit les affections du cœur droit; car alors les vaisseaux cérébraux étant gorgés de sang veineux, et, d'autre part, le sang artériel y affluant sans cesse, les ruptures du cerveau en doivent être une conséquence naturelle. 2.° M. Rochoux a rappelé le rétrécissement de l'orifice aortique qui existe si communément avec l'hypertrophie du ventricule gauche, et l'a présenté comme un obstacle qui balance la suractivité de l'impulsion du sang. M. Piorry n'admet point que cet obstacle puisse avoir ce résultat. 3.° M. Rochoux admet le ramollissement préalable du cerveau dans l'apoplexie. Mais rien ne distingue les parois du foyer de celles des foyers sanguins qui succèdent aux hémorrhagies analogues dans les autres organes. 4.° La statistique qu'invoque M. Rochoux ne prouve pas plus dans ce cas qu'ailleurs; elle est du reste frappée de nullité par le défaut d'examen du ventricule droit. — M. Piorry énumère ensuite plusieurs argumens qu'il oppose directement à l'opinion de M. Rochoux. Ainsi, l'invasion de l'apoplexie est brusque, rien ne dénote une lésion préalable. Les individus prédisposés ont un cœur gros, le cou court, sont sanguins, etc. Les

causes occasionnelles recueillies dans les observations, présentent le plus fréquemment des efforts, ce que M. Bricheteau a déjà signalé. — D'après les observations de Morgagni, répétées par M. Serre et par M. Piorry lui-même, la rupture peut se faire dans les artères et non toujours dans le cerveau. La plupart des lésions organiques qui, éloignées du cœur, produisent l'apoplexie, n'ont cet effet qu'en entravant la circulation du sang et en déterminant sa stagnation dans le cerveau. La vieillesse est l'âge où l'apoplexie est plus commune, et à cette époque les vaisseaux cérébraux incrustés de phosphate calcaire ont perdu leur souplesse et leur résistance. Grand nombre d'hémorrhagies surviennent spontanément dans les différens organes, sans qu'on découvre le moindre ramollissement aux environs. Toutefois M. Piorry pense que dans quelques cas d'apoplexie, le ramollissement du cerveau a pu précéder; mais il soutient que dans la généralité des cas, l'apoplexie est liée à l'état du cœur droit, du cœur gauche et de la respiration.

M. Rochoux réplique à M. Piorry qu'il n'a jamais vu un seul foyer apoplectique sans ramollissement à l'entour, et défie qu'on lui en montre un qui soit tel.

M. Bouillaud s'élève contre cette prétention de M. Rochoux, qui du reste lui est exclusive. Pour son compte, M. Bouillaud n'a pas encore vu une seule fois le ramollissement précéder l'hémorrhagie cérébrale. Pour ce qui est de l'influence du cœur, sur un relevé de 54 cas d'hypertrophie du ventricule gauche du cœur, sur des sujets de 25 à 79 ans, M. Bouillaud a rencontré six cas d'hémorrhagie cérébrale, et cinq cas de ramollissement. Dans quatre cas les artères cérébrales ont été trouvées ossifiées; une autre fois on n'a pas noté leur état, mais la carotide interne était incrustée de matières crayeuses. L'impulsion du cœur augmentée, la résistance des vaisseaux diminuée, est-il possible de ne pas voir là une double cause puissante de rupture? Que d'autres causes puissent encore la déterminer, M. Bouillaud l'admet, mais celle-là lui paraît avant tout démontrée. — M. Rochoux fait observer qu'il n'a point nié positivement l'influence du cœur et des artères dans la production de l'apoplexie; mais qu'il a établi et qu'il soutient que cette influence est inappréciable. Quant aux faits d'artères cérébrales ossifiées, et au problème de mécanique que M. Bouillaud en a déduit, l'ossification des artères n'ayant jamais été observée au-delà de la pie-mère, ce problème ne peut nullement s'appliquer à la rupture qui constitue l'apoplexie qui a lieu dans l'épaisseur même de la substance cérébrale.

M. Rochoux ajoute que l'opinion d'un ramollissement préalable dans l'apoplexie, ne lui est pas aussi exclusive que l'a dit M. Bouillaud, ce qui, du reste, ne l'infimerait en rien; M. Louis l'a adoptée, et M. Andral l'admet pour quelques cas.

M. Gerardin a rassemblé le plus de faits possibles pour vérifier jusqu'à quel point la grossesse favorise le développement de l'hypertrophie du cœur, et par suite celui de l'apoplexie. Dans l'espace des trois années 1833, 1834, 1835, 8,619 femmes enceintes sont entrées à la Maison d'accouchemens; il y a eu dix décès; pas un n'a été dû à l'apoplexie. Chaque année, 25 à 30 femmes sont atteintes par des maladies intercurrentes dans le cours du temps qui précède l'accouchement. M. Gerardin n'en a pas vu une seule frappée d'apoplexie. Il faut bien se garder de prendre pour une attaque d'apoplexie, les accès d'éclampsie ou les convulsions. Bien plus, des femmes devenues enceintes avec une maladie même avancée du cœur ou des gros vaisseaux, se sont souvent présentées à la Maison d'accouchement; M. Gerardin n'a pas vu un cas où l'apoplexie ait eu lieu pendant la grossesse, ni pendant l'accouchement, ni dans le temps des couches. — En résumé, M. Gerardin n'a constaté qu'un seul exemple d'apoplexie survenue pendant l'accouchement chez une femme dont l'état habituel de taciturnité et d'imbécillité permet de supposer une affection cérébrale antérieure. L'apoplexie est donc un accident extrêmement rare chez les femmes enceintes, qui sont cependant, comme on sait, exposées à un grand nombre de maladies intercurrentes. — M. Rochoux prend acte de ce que vient d'exposer M. Gerardin. Déjà il avait combattu l'opinion que la grossesse prédisposait à l'apoplexie, opinion qui appartient à M. Larcher. L'apoplexie est en effet bien plus commune chez les femmes après l'âge critique, qu'auparavant. — M. Ferrus trouve dans l'observation des aliénés et des épileptiques, des argumens en faveur de l'influence de l'action du cœur sur la production de l'apoplexie. S'il est vrai que chez les aliénés les congestions cérébrales sont fréquentes et les apoplexies rares, il est vrai que le cœur chez eux n'a qu'une faible impulsion. Le pouls est fréquent, mais il perd en intensité ce qu'il gagne en vitesse. Chez les épileptiques, au contraire, le pouls est fort; le cœur en général vigoureux, ils sont très-sujets à l'apoplexie. — M. Rochoux fait la remarque que ce dernier fait est en opposition avec ce que lui a dit M. Lélut, qui n'a pas observé un seul épileptique mort d'apoplexie.

M. Louis n'admet point, comme l'a avancé tout-à-l'heure M. Ro-

choux, que le ramollissement du cerveau précède l'apoplexie ; il a seulement dit (*Mémoire sur les morts subites*), que si le ramollissement existait toujours, l'hémorrhagie trouverait une explication facile. Mais ce sont deux affections tout-à-fait distinctes par le siège, la marche et la terminaison. Le ramollissement s'observe surtout dans la substance corticale, la cloison demi-transparente, le centre ovale de Vieussens, la scissure de Sylvius. L'hémorrhagie attaque particulièrement les corps striés. Le ramollissement est ordinairement multiple, l'hémorrhagie presque toujours isolée. Le ramollissement est souvent compliqué d'autres maladies; M. Louis n'a jamais vu de complications avec l'apoplexie. Sans les nier, elles doivent être rares, car M. Louis s'appuie sur plus de six cents autopsies et plus de trois mille observations. Enfin sous le rapport des terminaisons, la différence est encore complète : le ramollissement ne guérit jamais ; l'apoplexie guérit au contraire assez souvent. Le début seul pourrait rapprocher les deux maladies ; car si l'invasion de l'apoplexie est brusque dans la troisième ou quatrième partie des cas, celle du ramollissement n'est pas moins rapide, surtout quand c'est le corps strié qui est affecté. M. Louis partage du reste complètement l'opinion de M. Rochoux, sur le peu d'influence de l'action du cœur pour produire l'apoplexie. Sur 45 cas de maladies organiques du cœur observés à la Charité, pas un cas d'apoplexie. M. Louis n'en a pas vu davantage à la Pitié. Les congestions du cerveau qui tuent dans les maladies du cœur, sont des congestions séreuses et non des hémorrhagies. Les observateurs, d'ailleurs distingués, qui ont soutenu l'opinion contraire, n'ont pas pris toutes leurs précautions contre l'erreur. — M. Rochoux répond à M. Louis que la discussion relativement au ramollissement ne roule que sur des mots. Il y a deux ramollissemens : un ramollissement inflammatoire qui ne guérit jamais, qu'on reconnaît sur le cadavre à la diffluence de la matière cérébrale qui se délaie sous un filet d'eau, et un ramollissement hémorrhagique très-curable, dans lequel la substance du cerveau est comme réticulée et ne se laisse point délayer. — M. Honoré ne peut admettre ces deux formes du ramollissement cérébral. La formation des kystes autour des caillots dans les foyers apoplectiques, phénomène essentiellement vital, lui paraît incompatible avec l'état de désorganisation qui serait la conséquence de la perte de cohésion des parois de ces foyers.

M. Bricheteau relève l'argumentation de M. Louis, principalement sur ce qui a trait au défaut de précautions prises pour éviter

l'erreur, par les observateurs qui soutiennent l'influence de l'action du cœur sur la production de l'apoplexie. M. Bricheteau, dans un mémoire publié en 1817, a réuni quinze observations recueillies avec tout le soin possible, qui attestent la coïncidence de l'hypertrophie du cœur avec l'apoplexie. Depuis il en a recueilli et publié vingt autres. Tout ce que M. Louis a droit de conclure de ses propres recherches, c'est que dans un temps donné cette coïncidence ne s'est pas montrée à lui. D'autre part, M. Rochoux n'a observé que des vieillards, mais l'hypertrophie du cœur est rare chez les vieillards. Au contraire, les malades de M. Bouillaud avaient de 25 à 79 ans, et pour lui M. Bricheteau, tous ses sujets avaient moins de 60 ans: c'est ce qui explique pourquoi M. Bouillaud et lui ont observé l'hypertrophie du cœur avec l'apoplexie. Les statistiques ne prouvent donc rien.— M. Rochoux n'accorde pas à M. Bricheteau que les vieillards soient rarement atteints d'hypertrophie du cœur.—M. Louis insiste beaucoup pour qu'on ne croie pas qu'il a nié tout-à-fait l'influence de l'action du cœur sur l'apoplexie. Il ne l'a point constatée, et elle ne lui est pas démontrée, c'est toutce qu'il soutient. M. Louis fait ressortir ensuite que, pour nier la valeur des statistiques, M. Bricheteau s'appuie justement sur une statistique. — Clôture de la discussion sur les *causes de l'apoplexie.*

Discussion sur le système de Gall.—M. Bouillaud a la parole: La question dont il s'agit, dit l'honorable membre, est l'une des plus graves qui ait occupé la science depuis trente ans. Comme toutes les autres questions de réforme, celle-ci a eu ses partisans dévoués, ses ennemis acharnés, et ses indifférens. L'observation et l'expérience peuvent seules faire apprécier la valeur de la phrénologie. L'examen des animaux fait découvrir tout d'abord des facultés et des penchans divers, d'où résulte qu'il faut multiplier les facultés de l'instinct plus qu'on ne l'avait cru. En s'élevant jusqu'à l'homme l'on est frappé bien davantage de la diversité des penchans, des talens, des affections; la cause ne peut en être trouvée que dans le système nerveux: la logique le veut. L'observation de l'état pathologique conduit aux mêmes conséquences. Les maladies du cerveau n'entraînent souvent la perte que d'une faculté de l'intelligence; c'est ainsi que la parole seule peut être suspendue. Les expériences sur les animaux ont peu servi jusqu'à présent, il faut l'avouer, à la phrénologie; mais leur petit nombre défend de rien conclure pour l'avenir. Déjà même M. Bouillaud, qui pendant un an s'est livré à ses recherches, en a obtenu des résultats dont les consé-

quences lui paraissent ioattaquables. Ainsi les expériences qu'il a faites lui ont démontré que les lobes antérieurs du cerveau avaient des fonctions à remplir différentes de celles des lobes postérieurs. Les fonctions du cervelet sont aussi toutes spéciales. La multiplicité des fonctions et des organes est donc prouvée, du moins pour les grandes masses nerveuses, ce qui du reste était déjà décidé avant Gall. — Si l'on aborde la question des localisations partielles des organes, c'est ici, dit M. Bouillaud, que la difficulté est grande ; des siècles s'écouleront avant que les essais aient un terme. Gall croyait à des localisations qui ne sont pas démontrées pour nous. Il en est d'ailleurs toujours ainsi dans les sciences ; les uns ont des convictions arrêtées sur des points qui sont plus que douteux pour d'autres. M. Bouillaud dit qu'il est loin d'admettre ces facultés qu'on compte par vingtaine en avant, par vingtaine sur les côtés du cerveau. Le premier aussi, et il en fait la *confession*, il a attaqué la localisation qui paraissait la mieux établie, celle de l'amour physique dans le cervelet, qui lui paraît présider surtout aux phénomènes de la station et de l'équilibration des mouvemens musculaires. En un mot, M. Bouillaud admet positivement le principe du système de Gall, mais n'est nullement convaincu de ses détails. — M. Rochoux s'empresse d'enregistrer les concessions que vient de faire M. Bouillaud ; car ce que M. Rochoux s'efforce de combattre avant tout, c'est cette fureur de localisation qui depuis Gall, qui admettait 27 organes, a constamment progressé qu'à 31, 35, etc. La manière dont Gall a procédé est, suivant M. Rochoux, essentiellement vicieuse. Gall part de ce point, qu'un effet doit avoir une cause, ce qui est parfaitement vrai ; et, dans l'espèce, dès qu'il saisit une manifestation d'un acte du cerveau, il lui impose bien vite un point de départ isolé au milieu de la masse organique, sans s'occuper de le prouver, voilà le vice du système. — Un individu a plus de mémoire qu'un autre, vite une bosse pour la mémoire, etc. Il n'y a pas de limites à la localisation, si chaque nuance des facultés doit avoir son organe. Déjà, comme on voit, le systeme est ruiné par sa base. Enfin, s'il y a des organes distincts dans le cerveau, on doit les voir, il faut les montrer. Qui les a vus ; qui peut les montrer ?

M. Broussais, présent à la séance, prend la parole. C'est au nom de la science, de l'humanité et du bon sens qu'il croit devoir relever et combattre l'opinion émise, que la phrénologie est la plus *grande mystification* du 19.e siècle. Il attaquera successivement chaque objection. On demande que l'on montre les orgaoes

admis dans le cerveau. Il est de fait que ces organes ne peuvent être séparés. Et d'abord il ne faut pas admettre un organe spécial pour chaque nuance de faculté. Mais ce qu'on constate dans un cerveau en action, c'est que tel et tel penchant est en rapport avec telle ou telle saillie extérieure, et malgré la hâte beaucoup trop grande sans doute qu'on a en général mise à cette détermination, ce fait empirique, sur lequel se fonde la phrénologie, n'en est pas moins établi sur des observations incontestables. Le raisonnement vient d'ailleurs démontrer l'impossibilité de l'isolement des organes dans un cerveau tel que celui de l'homme, dont tous les actes s'enchaînent et se combinent. M. Broussais regarde comme futile l'objection qui a trait, à la difficulté de reconnaître à travers les parois du crâne les saillies du cerveau, à cause des protubérances tout osseuses et variables des sutures, des sinus, etc.; cela ne peut avoir aucune importance relativement aux grandes masses cérébrales, et il ne faut pas trop localiser. On a dit qu'il était téméraire de renfermer les organes dans les circonvolutions; c'est vrai. Que le cerveau n'était pas régulier ; c'est faux : le plan général est toujours conservé ; un pli de plus ou de moins d'un côté ne le détruit pas. L'anatomie comparée, a-t-on dit encore, dément les prétentions de Gall. Mais comment expliquer les mouvemens sans les nerfs, à moins d'admettre que l'instinct, espèce d'entité, se joue dans un cerveau? Les mêmes mouvemens étant toujours soumis à l'influence des mêmes nerfs, ceux-ci aboutissant toujours aux mêmes points dans le cerveau, ne sont-ce pas ces points de l'organe qui dirigent les mouvemens? A mesure que les facultés se multiplient, le cerveau grandit; peut-on ne pas admettre de nouveaux organes pour de nouvelles fonctions ? On a voulu tirer de l'analogie de forme du cerveau des quadrupèdes avec celui de l'homme, qui possède beaucoup plus de facultés, un argument contre la phrénologie? Mais il n'est pas vrai que l'homme ait plus de facultés. Elles se retrouvent toutes en germe, en esquisse chez les animaux. La perfection de l'organisation est la seule cause de la perfection de la fonction chez l'homme. L'impulsion vers l'idéatité, la vénération, l'espérance, etc., se manifestent chez les animaux, et d'une manière d'autant plus frappante qu'ils se rapprochent davantage de l'homme. Il est faux de dire que les Batraciens n'ont pas de cervelet. Que signifie d'opposer à la salacité des oiseaux la petitesse de leur cervelet? Faut-il une si grande masse cérébrale pour des mouvemens même considérables ? Que pèse le cerveau d'une abeille ? et cependant que d'activité ne développent

pas ces insectes pour la récolte des sucs des fleurs, la bâtisse de leurs rayons, etc.! C'est à leur *tempérament spécial* que les oiseaux doivent leur grande salacité. Le chapon n'a pas d'organe de génération, et cependant on le voit conduire des petits poulets. Mais le coq réunit à ses facultés celles de la poule, et quand il est chaponné il se trouve réduit à ces dernières; comme poule alors, il *se sacrifie* pour ses petits. — Ce qui prouve combien on a peu réfléchi sur la phrénologie, c'est l'objection qu'on veut tirer de la mesure de la tête des grands criminels qui, dit-on, donne à chaque instant des démentis à la crâniologie. Mais il n'est qu'un très-petit nombre d'assassins qui commettent le meurtre par amour du meurtre. On peut tuer poussé par toutes les passions. Pour ce qui est de l'objection, qu'aucun homme de notre époque, important par son autorité scientifique ne s'est montré partisan de la phrénologie, la réplique est facile. C'est que c'est toujours des corps savans que surgissent les plus grands obstacles aux découvertes nouvelles. La crainte du ridicule, l'amour-propre qui se révolte à l'idée d'apprendre quelque chose des jeunes gens, l'envie, une foule de mauvaises passions, voilà très-souvent les mobiles de cette opposition. La classification phrénologique est incomplète, et c'est encore une objection. M. Broussais convient qu'il est trop tôt pour tirer, des observations qu'on possède, un système complet de localisation des facultés cérébrales. Mais les faits empiriques sont là comme des jalons. Malgré les contradictions qui s'élèvent pour leur interprétation, ces faits demeurent avec leur authenticité. Aussi au lieu de périr d'inanition comme l'homœopathie, la phrénologie se développe et croît. Elle a des sociétés en France, en Amérique, en Angleterre. — On accuse les phrénologues de renier tous les faits qui contrarient leur système. C'est qu'en effet le plus souvent ils sont mal observés, car il est très-difficile de bien observer. Il faut être dévoué à la science, ne pas craindre le ridicule. C'est pour cela que M. Broussais, qui ne craint pas, vient faire hautement et publiquement sa profession de foi. — M. Broussais admettrait volontiers que le cerveau agit en masse; mais à moins de se jeter dans l'ontologisme, il faut bien qu'on admette une matière nerveuse et un rapport étroit entre les actes et les prédominances de cette matière. C'est ce rapport cependant qu'on conteste, parce qu'on ne l'a pas toujours saisi. Peut-être a-t-on eu tort en effet de n'étudier que les individus *types* pour déterminer les penchans et les prédominances organiques qui échappent chez les individus où

elles sont faiblement marquées, quoique Bâcon voulut déjà que pour dresser le tableau des facultés de l'intelligence humaine, on l'observât d'abord à son plus haut degré de développement. Quoi qu'il en soit, au milieu des directions variées que donnent aux actions des hommes les mœurs nationales, les systèmes d'éducation politique et religieuse, n'a-t-on pas vu en tout temps certaines intelligences rompre le niveau sous lequel on voulait les ployer, et dont la nature avait un cachet spécial ? C'est dans ces exceptions que la phrénologie a pu et a dû saisir les facultés intellectuelles prédominantes.

Séance du 3 *mai.* — INFLUENCE DU CŒUR SUR L'APOPLEXIE. — M. Piorry signale un fait qu'il observe en ce moment, et qui vient étayer l'influence de l'action du cœur sur la production de l'apoplexie. — Un petit garçon de neuf ans, affecté d'hypertrophie du cœur depuis son plus bas âge, éprouve depuis deux ans divers accidens cérébraux, et enfin vient d'être frappé d'hémiplégie.

PHRÉNOLOGIE. — La discussion continue sur la phrénologie. M. Rochoux lit une réponse écrite au discours prononcé par M. Broussais dans la dernière séance. M. Rochoux reproche à M. Broussais de n'être point resté dans la question, et de s'être attaché à réfuter des objections qui n'avaient point été faites. Tout le monde sait bien aujourd'hui que l'organisation est la cause des *instincts.* En s'appuyant sur l'anatomie comparée pour éclairer la physiologie du cerveau de l'homme par le cerveau des animaux, c'est vouloir expliquer *obscurum per obscurius.* M. Rochoux tient particulièrement compte des concessions qu'a faites M. Broussais, telles que celles ci : il n'y a point de démarcation possible entre les organes cérébraux ; le cerveau peut agir en masse. Ces propositions sont en opposition formelle avec le système de la pluralité des organes. D'après M. Broussais encore, on peut être assassin sans avoir l'organe du meurtre, etc. Enfin, d'une part, on n'est pas d'accord sur le nombre des facultés primordiales : des métaphysiciens en admettent jusqu'à 80. D'autre part, les phrénologistes reculent devant la localisation des organes cérébraux. La doctrine de Gall est ainsi reniée, car elle est toute entière dans cette localisation.

M. Broussais reprend la parole : Plusieurs imputations de M. Rochoux, dit l'honorable membre, méritent d'être relevées. Quoique tout le monde sache que les instincts sont l'effet de l'organisation, il était utile de le rappeler, puisque l'on n'a pas su en tirer toutes les conséquences qui en découlent : une question capi-

tale est de savoir si le cerveau agit en masse ou par parties. Une foule de faits mettent sur la voie de la solution s'ils ne la donnent. La dépression des parties antérieures du cerveau abolit les facultés intellectuelles, personne ne le conteste. Les phrénologistes soutiennent que la dépression des parties postérieures abolit les sentimens; ici leurs adversaires contestent; pourquoi? C'est qu'ils ont les lobes antérieurs bien faits, et par suite l'intelligence qui leur fournit les moyens d'argumenter. On contestera par la même raison les attributions des parties supérieures et des parties latérales. Ceux-là seulement qui sont privés du développement des lobes antérieurs ne contestent rien; les imbécilles ne se défendent pas. Il est des tendances invincibles qui vous portent à des actes irrésistibles: à moins d'être ennemi de la vérité et profondément sophiste, on ne peut le nier. Le cerveau agit-il en entier ou partiellement dans ces cas? Toujours est-il qu'il n'agit pas également dans tous ses points, et qu'il en est un qui certainement emporte les autres. C'est sur-tout chez les animaux inférieurs que ces tendances sont marquées. Chez eux ni l'intelligence ni le balancement d'autres penchans ne contrarient ces tendances. L'insecte est conduit irrésistiblement sur les fleurs par l'impression qu'elles font sur le nerf optique et son lobe. Plus le cerveau se développe, plus les penchans se multiplient et s'étendent. Malgré l'étonnement de M. Rochoux, les animaux supérieurs ont, comme l'homme, des masses cérébrales antérieures, postérieures, latérales et supérieures. Un *âne* a le cerveau fait comme un philosophe. Si l'on a peine à admettre les masses latérales chez un mouton, chez un cheval, qui ne sont point carnassiers, c'est qu'on a mal compris Gall, quand il a placé dans ces masses le siége de l'instinct de la destruction. Ces masses produisent les mouvemens nécessaires à la conservation de l'animal. Pour y pourvoir, l'animal doit manger; or, manger des végétaux c'est détruire. Pour vivre, il faut se défendre des attaques: le mouton qu'on représente comme si doux, est continuellement à se battre. Il ne faut pas s'arrêter à ces mots de Gall, *détruire*, *voler*. C'est l'esprit et non la lettre qu'il faut saisir. M. Broussais considère les masses latérales comme destinées aux mouvemens nécessaires à l'alimentation, et plus ces mouvemens sont considérables, plus ces masses s'accroissent. Les animaux ont, comme l'homme, l'amour de la progéniture, celui de l'habitation; ils chassent de leur asyle les animaux étrangers. Pourquoi donc s'étonner de trouver chez eux les masses postérieures du cerveau où résident les organes de la philogéniture et de

l'habitivité? Pour les parties antérieures, leur développement ne doit-il pas avoir lieu chez les animaux qui ont la mémoire des lieux, le sentiment des distances que les coureurs et les sauteurs apprécient si exactement, qu'ils jouent véritablement avec l'espace? Enfin les animaux ont des idées et des idées d'une grande force, ce qui suppose des lobes antérieurs. Toutes les facultés fondamentales sont localisées; la délimitation précise des organes est seule difficile et incomplète. Le jugement, la recherche des causes, la comparaison; le chien et d'autres animaux encore, en offrent une esquisse. La faculté du langage seule leur manque, encore le chien connaît-il la valeur de la parole, etc.

Les phrénologistes ont nié que les animaux aient des sentimens élevés. M. Broussais est convaincu qu'ils en ont, puisque leur cerveau a des masses supérieures; et ce dissentiment ne prouve point, comme voudrait le dire M. Rochoux, qu'il n'y a pas de science phrénologique. Les animaux ont de l'orgueil: par exemple, si un petit cochet essaie de cocher une grande poule, elle le dédaigne fièrement. Un chien de chasse méprise un mauvais chasseur; un cheval se *moque* d'un mauvais cocher. La fermeté, la constance, la vénération (non la théosophie) se montrent dans les animaux: le chien *vénère* son maître. Peut-on nier l'imagination chez les animaux, quand on voit un chien bondir de joie en voyant son maître prêt à l'emmener à la campagne, où les lieux qu'il va parcourir lui rappellent et lui promettent des plaisirs qu'il a déjà goûtés. Les animaux ont la bonté et le sentiment de la justice. L'éléphant tue son cornac qui le bat injustement, etc. Il est inutile de multiplier les exemples. — En voyant le chien conduire le bœuf, on s'est étonné du fait, car le cerveau de celui-ci est bien plus gros que le cerveau de celui-là. Mais la masse du cerveau n'est pas seulement pour l'instinct, pour le jugement, elle est aussi pour les masses musculaires. Chaque instinct est servi par des fibres nerveuses et des fibres musculaires. Quand on voit l'hémorrhagie dans les pédoncules laisser l'intelligence intacte et abolir les mouvemens, peut-on nier que les fibres de ces pédoncules soient musculaires? Le bœuf qui a plus de ces masses musculaires a aussi plus de ces fibres. Le chien a plus d'intelligence, c'est ce qui explique pourquoi il conduit le bœuf; c'est ce qui explique pourquoi un homme faible mène quelquefois un homme fort, etc. On a présenté comme une inconséquence, que des phrénologistes admettent que l'éducation puisse suppléer les masses cérébrales; mais, dit M. Broussais, c'est quand il n'y a pas de prédominance

spéciale que le cerveau va comme il est dressé. D'ailleurs, tous les organes ne se fortifient-ils pas par l'exercice? Les jeunes gens de vingt ans sortant du collège ont des lobes antérieurs plus saillans que les jeunes gens du même âge qui n'ont pas fourni leur carrière scholaire. C'est un fait dont M. Broussais s'est bien assuré en comparant la tête des premiers à celle des jeunes soldats. Le cerveau est formé évidemment de masses spéciales, et si l'on n'admet pas à une ligne près les délimitations de Gall, on n'en est pas moins avancé sur la voie de l'observation.

M. Rochoux se lève pour répondre. Il se plaint de ce que M. Broussais lui fasse dire ce qu'il n'a pas dit, et élude toutes ses objections réelles. M. Rochoux n'a jamais conclu du dissentiment des phrénologistes, qu'il n'y avait point de science phrénologique. Seulement il soutient que quand il s'agit de choses qui tombent sous les sens, comme des bosses, et qu'il n'y a pas accord pour les voir et les reconnaître, la science qui en traite est bien douteuse. M. Rochoux dit aussi n'avoir jamais prétendu que le cerveau n'avait point de parties différentes, ni qu'il agissait en masse. Ce sont les localisations de Gall qu'il a attaquées, localisations sur lesquelles M. Broussais est lui-même indécis. Or, sans localisation, point de phrénologie.

M. Broussais réplique avec vivacité qu'il ne s'agit plus de Gall. — M. Castel lit un long discours. Pour ce médecin, toutes les facultés de l'homme et des animaux sont rapportées à la *sensibilité nerveuse*. — M. Adelon fait remarquer d'abord qu'il n'est pas exact de dire, avec M. Rochoux, que dans l'apoplexie, quel que soit son siége, l'ensemble du cerveau souffre, et que les symptômes généraux sont toujours les mêmes. L'apoplexie cérébelleuse a souvent été diagnostiquée aux érections des malades. M. Récamier a constaté aussi que, dans les hémorrhagies des lobes antérieurs, les muscles des organes de la parole étaient paralysés. M. Adelon établit ensuite, en thèse générale, que les essais phrénologiques ne doivent pas plus être rejetés de la science que ne l'ont été les efforts de Camper, de Daubenton, de Cuvier, d'Oken, de Spix, pour mesurer l'angle facial et l'aire du crâne des animaux, car toutes ces recherches reposent sur un même fonds; c'est que la disposition organique du cerveau est l'expression matérielle de l'intelligence, ce qui, de tout temps, a été assez généralement admis. Mais bien plus, depuis une cinquantaine d'années, toutes les expériences tendent à pluraliser le système nerveux. Les divisions de Bichat, les recherches de Ch. Bell, celles de M. Magen-

die, de MM. Foville, Flourens, etc., n'ont pas eu d'autre but, et de toutes parts ces travaux ont reçu accueil et encouragement. Si la phrénologie a des prétentions plus élevées, si elle veut pénétrer dans les profondeurs de la psychologie, elle affronte sans contredit, des difficultés extrêmes, peut-être insurmontables. Mais enfin, c'est toujours dans la voie tracée qu'elle marche, et parce qu'elle a plus d'obstacles à vaincre, est-ce à dire pour cela qu'il faille rejetter ses travaux. Le point culminant dans la phrénologie est d'abord de bien déterminer le nombre des facultés, et d'arriver ensuite à leur assigner des localisations précises. C'est à quoi peut-être on n'arrivera jamais, et c'est là la véritable et la seule objection rigoureuse qu'on ait faite ; en tous cas, les expériences et les observations doivent être favorisées et non entravées. M. Adelon pense qu'il est téméraire de se dire phrénologiste comme antiphrénologiste avant d'avoir beaucoup étudié le sujet. D'ailleurs, dans son opinion, c'est ailleurs que dans une Académie de médecine que ces questions doivent être débattues. Les médecins n'ont pas le temps de s'en occuper comme elles le méritent. D'un autre côté, il était important de relever le terme de *mystification* appliqué à la phrénologie.

Séance du 10 *mai*. — Suite de la discussion sur la phrénologie. — M. Amussat s'est peu occupé de phrénologie ; cependant il a lu Gall et ne peut pas comprendre que l'on oppose des allégations vagues aux faits importans sur lesquels il a basé sa doctrine. En résumant les objections de M. Rochoux dans toute son argumentation, on n'en trouve que trois de précises. La première, tirée de l'observation des symptômes de l'apoplexie, est totalement contraire aux faits. Pour le cervelet, par exemple, de même que pour les autres parties de l'encéphale, l'apoplexie, en les atteignant, a plus servi à confirmer qu'à infirmer les attributions que la phrénologie leur a données. Un travail complet sur ce sujet est d'ailleurs très-difficile, l'encéphale étant double. La deuxième objection, celle qui a trait à l'examen de la tête des assassins, est plus sérieuse. L'examen de la tête de Fieschi, dit M. Amussat, a suscité beaucoup de contradictions. Les observateurs superficiels n'y ont rien vu qui pût la distinguer de la tête d'un honnête homme. Cependant, étudiée avec soin, cette tête (M. Amussat se fait apporter le plâtre) est bien celle d'un misérable. Elle est peu volumineuse : on y distingue nettement la saillie de l'orgueil et celle de la fermeté. Les détails de son procès ont suffisamment mis en évidence ces deux facultés dominantes. Les dépressions laté-

rales étonnent d'abord chez un meurtrier ; mais Gall n'a pas dit que sans l'organe du meurtre on ne pouvait être assassin. La tête de Fieschi explique, sinon le grand crime qu'il a commis, du moins ses mauvaises dispositions. M. Amussat présente ensuite la tête du général Foy, qui est d'un pouce au moins plus large que celle de Fieschi, et dont les parties latérales sont très-développées. Cela prouve ce qu'on a dit, que les plus honnêtes gens peuvent avoir l'organe du meurtre. Qu'on mette les deux têtes en vis-à-vis, on distinguera promptement celle du général de celle du soldat ! Toutes les têtes des hommes dégradés se ressemblent. Rien n'est remarquable comme la collection de Gall et l'échelle qu'il a établie. M. Amussat engage les antiphrénologues à visiter les collections de ce genre, ils seront bientôt convaincus. M. Amussat repousse le mot de *mécompte* ou de *mystification* qui tend à flétrir un homme supérieur comme Gall, auquel l'anatomie et la physiologie doivent tant, et qui ne pouvait être un charlatan. Ainsi la troisième objection de M. Rochoux tombe encore plus à faux que les deux autres.

M. Ferrus, pour prouver l'harmonie des organes cérébraux, quoique multiples, cite un concert d'instrumens où, malgré les sons distincts et différens, l'harmonie est complète. Si Gall s'est trompé, le plus souvent il a vu juste. On a altéré le point de départ ; c'est ainsi qu'on a alterné la fermeté et la théosophie. Spurzheim a surtout étudié les circonvolutions. M. Ferrus, voulant expérimenter lui-même, a pris pour sujet de son examen de grands criminels. Après avoir recueilli d'eux-mêmes une histoire concise de leur vie, il examinait le crâne, et la note des observations que lui fournissait cet examen était immédiatement annexée à la première. 119 prisonniers de Bicêtre ont fourni des renseignemens à M. Ferrus. Les causes de leurs crimes, divisées en simples, combinées ou inconnues. Voici pour les premières : penchant inné au vol, 14 fois ; à la débauche, à l'ivrognerie, 26 fois ; le besoin, la misère, 6 fois ; le mauvais exemple, 6 fois ; le défaut d'éducation, 6 fois ; la vanité excessive, 4 fois ; l'irascibilité, 4 fois : dans 23 cas la cause n'a point été appréciée. Les causes combinées ont varié. M. Ferrus comparant ces données avec l'examen du crâne, a trouvé 49 fois une concordance parfaite, 33 fois passable, 12 fois médiocre, 14 fois insuffisante ; 8 fois nulle.

M. Rochoux ne fait remonter la discussion qu'à l'argumentation de M. Adelon. Au lieu d'une seule objection, M. Rochoux en a fourni sept qu'il résume :

1° L'impossibilité de voir les organes cérébraux autrement qu'avec les yeux de la foi ;

2° Notre ignorance de la structure du cerveau, qui nous défend de déterminer le nombre des organes ;

3° L'unité du moi qui ne peut s'accorder avec la pluralité d'organes ;

4° L'inégalité d'action à volume égal ;

5° L'impossibilité de localiser des facultés indéterminées ;

6° L'insignifiance des faits empiriques ;

7° L'uniformité des affections mentales chez les aliénés.

M. Rochoux revient ensuite sur les affections du cervelet, que M. Bouillaud a démontré n'être point les fonctions érotiques ; M. Adelon a donc eu tort de choisir cet exemple. En outre, M. Rochoux trouve dans les travaux des physiologistes, des réfutations incessantes des doctrines phrénologiques. Gall n'a pas mis d'organes à la base du cerveau, où sont cependant les parties les plus importantes. On avoue que les organes cérébraux ont changé de place ; le cœur et la rate ont-ils changé de place ? M. Rochoux se renferme dans trois propositions : l'indivisibilité des organes ; l'inégalité d'action à volume égal, l'impossibilité de déterminer le nombre des facultés. On a dit, ajoute M. Rochoux, que la phrénologie n'était pas toute dans la localisation ; Gall a mis un *gros numéro* sur chaque organe, ce qui prouve que telle n'était pas sa pensée. Pendant que les philosophes diminuent le nombre des facultés, les phrénologistes s'efforcent d'augmenter le nombre des organes.

Séance du 17 mai. — FIN DE LA DISCUSSION SUR LA PHRÉNOLOGIE. — M. Maingault lit un long mémoire d'où il résulte qu'il est partisan de la phrénologie. — M. Capuron ne trouve pas que le trouble de la généralité des fonctions sensoriales, fût-il vrai dans le cas d'hémorrhagie partielle dans le cerveau, prouve contre la pluralité des organes cérébraux. L'étroite sympathie qui les lie rend très-bien compte de cette solidarité. Ne voit-on pas dans l'œil le crystallin opaque empêcher la vision, quoiqu'il y ait dans l'œil d'autres organes, le crystallin, l'iris, la rétine, les paupières ! ! ! M. Capuron ne peut pas croire, enfin, que le même organe soit le siége de la raison qui modère les passions, et des passions qui détruisent la raison. — M. Bouillaud commence par reprocher à M. Rochoux de n'avoir pas de notions exactes sur les travaux de Gall, dont l'ouvrage se compose de six volumes, dont trois seulement ont rapport à la phrénologie ; les trois autres sont entièrement consacrés à l'exposition de sa doctrine, œuvre philosophique, sans contredit, des plus magnifiques. Au milieu de ses objec-

tions, M. Rochoux insiste sur l'unité du *moi*, mais les phrénologistes sont loin de nier cette unité. En l'admettant, n'est-on pas obligé en même temps de reconnaître plusieurs facultés, et ne faut-il pas rattacher ces facultés à autant d'organes? Le cervelet n'est-il pas parfaitement distinct du cerveau? La pluralité des organes ne détruit point l'unité du *moi*. Niera-t-on qu'il y a des facultés distinctes, quand chaque jour les pathologistes peuvent constater qu'à l'occasion d'une lésion de la substance cérébrale, telle faculté est abolie, les autres persistant? On a dit que les expériences ne prouvaient rien; mais chaque expérience est un fait et prouve. M. Bouillaud a démontré, dans un concours, que les lésions des parties antérieures du cerveau, celles des parties postérieures, celles du cervelet, donnaient lieu à des troubles fonctionnels totalement différens. M. Rochoux a émis une opinion fort inexacte, en disant que toutes les fonctions du cerveau sont lésées dans l'apoplexie. N'a-t on pas vu la lésion de la parole seule? Et à ce propos, dit M. Bouillaud, il importe de ne pas confondre la paralysie des muscles de la langue avec celle de la faculté du langage, comme l'a fait M. Adelon : les mouvemens de la langue peuvent être libres, et cependant le malade peut être dans l'impossibilité d'exécuter ceux nécessaires à l'articulation des mots. M. Bouillaud a trouvé la cause de cette paralysie spéciale dans les lésions des lobes antérieurs. C'est à lui et non à M. Récamier, qui place l'organe de la parole dans le centre ovale, qu'appartient cette découverte. — M. Itard prend la parole pour communiquer quelques faits. En 1834, M. Dumoustier, phrénologiste de profession, examina trente-quatre sourds-muets de huit à dix ans. On confronta les notes qu'il dicta avec celles qui avaient été prises par les chefs de l'établissement, sur le caractère et les dispositions de ces enfans. Aucune des remarques de M. Dumoustier ne se trouva ni complètement juste, ni complètement fausse, excepté peut-être dans six cas où elles s'éloignaient, du moins notablement, de la vérité. En revanche, M. Dumoustier signala, dans un cas, un penchant rare chez les enfans, celui de la chasse, et il se trouva en effet que l'enfant paraissait avoir ce goût, car il avait échangé un livre pour un fusil.

M. Guéneau de Mussy : « Messieurs, dit l'honorable membre, j'ai écouté toute la discussion avec la plus grande attention, pour m'éclairer et m'instruire. Je vois que, contre l'étymologie du mot, la phrénologie n'est point la science de l'entendement, mais a pour objet d'assigner dans le cerveau la place des divers organes

qui président à nos diverses facultés et déterminent nos penchans. Les choses étant ainsi, il résulte bien clairement pour moi de la discussion, que si la phrénologie doit être un jour une science, elle n'a pour le moment encore aucune assise. Le premier fait qui la sape dans ses fondemens est fourni par son plus illustre défenseur lui-même. En parlant du cervelet des oiseaux, il dit : *qu'il ne faut pas avoir seulement égard au volume, mais encore à l'activité des organes.* Cette proposition, qui se retrouve dans un principe de mécanique qui se formule en disant que *l'expression d'une force est donnée par le rapport composé de la masse et de la vitesse*, peut-elle être acceptée par la phrénologie, qui ne considère que le développement matériel des organes ? Le siége du penchant au meurtre, à la destructivité, a été placé dans des protubérances latérales du cerveau ; mais comme ces protubérances ont été retrouvées chez des herbivores, on a modifié le penchant et on en a fait la faculté de conservation individuelle. D'ailleurs, dit-on, les herbivores *détruisent* les végétaux. Ainsi ce qui fait que le loup mange le mouton, fait que le mouton mange l'herbe. Il faut avouer que ces explications élastiques ne peuvent guères satisfaire des esprits tant soit peu sévères. — Un autre défenseur de la phrénologie a montré que Fieschi n'avait point l'organe du meurtre développé, tandis qu'il l'était chez le général Foy. On ne voit pas trop de quel avantage est cette comparaison pour la phrénologie. A ce propos il a été dit encore que Fieschi avait été ce que son organisation exigeait qu'il fût. A-t-on pu hasarder une pareille assertion, qui tend à propager une déplorable doctrine, destructive de toute liberté, de toute moralité, qui bannit l'espérance pour ne laisser que la fatalité. Le même membre a dit que rien n'était mieux établi que les fonctions du cervelet, telles que Gall les a déterminées, et cependant un membre honorable, également phrénologiste, a déclaré que ses expériences et ses observations contredisaient formellement Gall sur ce point. Du reste, un fait récent vient les contrarier l'un et l'autre. Un homme entré à l'hôpital ne présentait d'autres troubles morbides qu'un affaiblissement notable de l'intelligence, sans nulle lésion des mouvemens. Il est mort brusquement après quelques jours. A l'autopsie, on a trouvé deux foyers apoplectiques dans le cervelet, l'un ancien, l'autre récent. Celui-ci comprimait l'origine et la moelle, et avait causé la mort. M. Guéneau soumet cette observation aux phrénologistes partisans de l'influence du cervelet sur les organes de la génération, de même qu'à ceux qui le regardent comme le régulateur des mouvemens musculaires.

Le fait capital enfin, dit M. Guéneau, qui s'objecte, quoi qu'on fasse, à la phrénologie, c'est *l'unité du moi*. On a voulu l'éluder par la comparaison de l'effet produit par un ensemble d'instrumens qui, malgré leurs sons propres, sont tous saisis distinctement, et n'en donnent pas moins l'idée d'un accord général, d'une harmonie d'ensemble. Mais ce fait prouve-t-il autre chose que notre aptitude à percevoir plusieurs sensations à-la-fois, ce qui était nécessaire pour comparer et juger? Qu'y a-t-il ici de commun avec le fait de l'unité du moi, de l'identité personnelle, avec ce sentiment intime qui s'associe à chaque acte de l'esprit, de manière qu'aucune sensation, aucune pensée, aucune impression ne peuvent exister sans la conscience que c'est bien le *moi* qui a cette sensation, cette pensée, cette impression; ce sentiment du *moi* qui veille pendant le sommeil, qui reste uni aux pensées qui sont déjà loin de l'esprit qui les a formées, qui les retrouve et les ressaisit. Ce phénomène si constant qui se reproduit à chaque instant chez tous les hommes, s'il dépend du cerveau, ne suppose-t il pas plutôt une action d'ensemble qu'une action isolée? En tous cas, s'il a un organe spécial, où est-il? quel est son volume? que les phrénologistes le disent? Mais la nature même du phénomène le dérobe à leurs recherches. S'ils ont déjà tant de peine à préciser les rapports de faits tout matériels, tels que ceux d'un mouvement musculaire avec la substance cérébrale dont la texture n'est pas même complètement connue, comment saisiront-ils le mécanisme de la pensée qui ne tombe point sous les sens, qui n'a point de forme, qui n'obéit à aucune force naturelle? Ceux qui veulent pénétrer ces questions difficiles, ne ressemblent-ils pas à un homme qui voudrait déchiffrer une écriture tracée avec des lettres dont il ne connaît pas la valeur, et dans une langue qui lui est encore plus étrangère? Quoi qu'il en soit, dit en terminant M. Guéneau, les travaux des phrénologistes ne doivent point être frappés de dédain et repoussés de l'Académie. Mais les faits n'étant pas encore assez précis, les principes étant encore mal posés, il convient d'ajourner la discussion.

Malgré quelques réclamations pour que la parole soit accordée à M. Broussais, la proposition de M. Guéneau est appuyée et adoptée à une immense majorité.

Académie royale des Sciences.

Séance du 9 mai. — **Action du galvanisme sur les nerfs.** — M. Magendie donne quelques détails sur la guérison d'un jeune officier polonais qui, à la bataille d'Ostrolenka, chargeant sur une batterie qui tirait à boulets, fut renversé sans recevoir d'ailleurs de contusion en aucune partie du corps, et qui, après être resté privé de sentiment près d'une demi-heure, avait perdu, en revenant à lui, l'ouïe, la parole et le goût, du moins celui qui a son siége sur la langue. Après avoir été soigné sans succès à Vienne par les émissions sanguines et les révulsifs, à Trieste par la strychnine, au moyen de la méthode endermique, il vint à Paris où M. Magendie eut recours, pour combattre sa surdité, à l'action des courans galvaniques, un des fils de la pile étant appliqué sur la corde du tympan. Dès la première séance des effets furent produits, et le malade eut des bourdonnemens d'oreille très-forts. Dès la troisième application, le sens du goût commença à se rétablir, fait curieux pour l'anatomiste et le physiologiste, en ce qu'il jette du jour sur l'origine de la corde du tympan et sur l'usage de la cinquième paire. Après sept ou huit applications, le malade entendit le bruit du tambour, puis les cloches, les sonnettes, et enfin la parole. Pour compléter la guérison, il n'y a plus qu'à rendre à la langue ses mouvemens. On espère y parvenir par les moyens déjà employés, et en portant seulement sur les nerfs laryngés l'extrémité des fils conducteurs. Il est essentiel, dit M. Magendie, qu'il y ait contact immédiat entre le nerf et le fil conducteur, et cette condition s'obtenait sans difficulté pour la corde du tympan, le seul nerf qui rampe à l'extérieur; pour les autres nerfs, avec un peu d'habitude on les atteint au moyen d'une aiguille enfoncée sur leur trajet.

M. Roux rappelle deux observations qu'il a faites, et dont une tend à confirmer ce qu'a dit M. Magendie, sur l'importance d'établir le contact immédiat entre le fil conducteur et la partie nerveuse sur laquelle on veut agir. Chez une jeune fille attaquée du mal de Pott, et par suite frappée de paraplégie, il est parvenu, au moyen de courans galvaniques et en faisant pénétrer jusqu'à la moelle épiniere l'extrémité d'un des fils conducteurs, à rétablir complètement le mouvement. Le second fait est celui d'une inflammation du nerf facial, qui fut accompagnée d'une sensation très-désagréable à la langue, de ce côté seulement; M. Roux le

donne comme tendant à prouver tout autre chose que ce que M. Magendie avait conclu du rétablissement du goût à la suite d'une action exercée sur la corde du tympan.

Séance du 16.— M. Bourgery communique les principaux résultats des recherches qu'il a faites sur la *structure des poumons*, et qu'il se propose de soumettre prochainement à l'Académie. Nous reviendrons sur ces recherches lorsqu'elles auront été présentées, en même temps que nous exposerons les travaux remarquables présentés antérieurement à l'Académie par M. Bazin.

VARIÉTÉS.

Réclamation.

M. le Rédacteur, un Journal de médecine a publié récemment une observation que l'on prétend avoir recueillie à l'hôpital de la Charité, à la clinique de chirurgie. Dans cette observation, il est dit que M. le professeur Velpeau a amputé le sein d'une femme, et qu'à l'examen de la partie enlevée, la mamelle a été reconnue parfaitement saine. Comme j'avais été témoin de ce fait avec un grand nombre de personnes, je crus devoir faire, par pur esprit de justice et dans l'intérêt de la science, une démarche auprès du rédacteur de ce Journal, pour le prier de rectifier son erreur, en insérant l'observation qui en fournissait la preuve. Ma démarche ayant été sans résultat, je vous prie, M. le rédacteur, de vouloir bien donner place à cette observation dans votre plus prochain Numéro. *Le docteur* DUFRESSE.

Le 11 avril 1836, a été placée au n.° 27 de la salle Sainte-Catherine, une femme âgée de 27 ans. Issue de parens sains, elle a un frère d'un autre lit, aujourd'hui bien portant, mais qui a subi il y a sept ans l'amputation de la cuisse pour une tumeur blanche du genou. Une de ses sœurs est morte accidentellement à l'âge de 9 ou 10 ans. La malade, petite, d'un tempérament qui participe du nerveux et du lymphatique, boite depuis fort long-temps; faible, chétive, elle fut affectée d'engorgemens et de ganglions lymphatiques au cou et à l'angle de la mâchoire, jusqu'à l'âge de 9 ans. Elle fut réglée à 14, et régulièrement jusqu'à 25. Elle n'a jamais éprouvé de fortes douleurs dans les articulations, et n'a jamais eu de syphilis.

Il y a quatre ans qu'elle se heurta le sein gauche contre une

porte ; de la douleur s'y manifesta et y fut entretenue par de nouveaux coups. Elle souffrait depuis un an, lorsqu'il se manifesta dans l'aisselle droite une tumeur rouge, douloureuse, qu'un médecin, qui la prit pour un abcès, voulut ouvrir ; mais la malade s'y refusa, et la tumeur se termina par résolution.

Après la guérison de cette dernière maladie, cette femme resta près de six mois sans éprouver de douleur dans le sein gauche ; alors elle acquit un peu d'embonpoint et l'appétit revint. Mais à cette époque, un nouveau coup sur le sein gauche y réveilla les anciennes douleurs. Peu de temps après, portant du bois dans ses bras, elle tomba dessus, se frappa le sein droit, qui devint dès-lors le siége de douleurs qui, depuis deux ans, n'ont pas cessé. Celles du sein gauche surtout ont été considérablement exaspérées : ces douleurs présentaient le caractère essentiel d'être lancinantes. Les deux seins n'ont jamais changé de couleur ; mais la malade s'est aperçue que le gauche avait sensiblement augmenté. Il y a près d'un an que, sans autre cause connue que la maladie du sein, il est survenu dans l'aisselle gauche un engorgement des ganglions lymphatiques, peu douloureux d'abord, et sans changement de couleur à la peau qui les recouvrait.

Par suite des douleurs continuelles, de l'insomnie que la malade n'a cessé d'éprouver, l'appétit s'est presque complètement perdu, les digestions sont devenues laborieuses, la diarrhée s'est manifestée, les époques menstruelles se sont dérangées, l'embonpoint a disparu, et le teint est devenu pâle et jaunâtre.

Cette femme a subi plusieurs traitemens. Lorsque les premières douleurs se sont manifestées, les émolliens à l'extérieur et à l'intérieur, les adoucissans et les dépuratifs ont été administrés. Plus tard elle a pris des pilules dont elle ignore la composition. Tous ces remèdes étant inefficaces, un autre praticien conseilla des sangsues, la ciguë en cataplasmes et en pilules, puis des emplâtres de Vigo, et enfin la compression méthodique qui a été employée deux mois sans amélioration.

Voyant que, malgré l'emploi des calmans, les douleurs ne faisaient qu'augmenter et étaient presque intolérables, elle se décida à venir se faire traiter à Paris. Le lendemain de son entrée à la Charité, nous l'avons trouvée dans l'état suivant : maigreur très-prononcée, néanmoins constitution générale peu altérée. Figure pâle, un peu jaune ; douleurs lancinantes dans les deux seins, mais plus forte à gauche ; celui-ci est le siége d'engorgemens partiels, au nombre de quatre ou cinq, dont le plus gros a le volume

d'un petit œuf de poule, et les autres d'une noix. Dans l'aisselle gauche on sent une agglomération de ganglions engorgés et douloureux. La peau est partout sans changement de couleur.

L'ensemble des symptômes qui accompagnaient la formation des tumeurs, et le demi-marasme auquel cette femme était réduite, ne permettait pas de méconnaître leur nature. Pouvait-on penser à un rhumatisme du tissu fibreux de la mamelle? Mais cette fille n'en a jamais eu dans aucune partie du corps. Il n'eût pas été plus raisonnable de penser à une affection névralgique du sein, car les douleurs névralgiques ont pour caractère essentiel de n'être pas permanentes et de présenter des intermittences pendant lesquelles la santé est à-peu-près parfaite. D'ailleurs, des douleurs névralgiques n'auraient pu expliquer les engorgemens de la mamelle et du creux de l'aisselle.

D'après toutes ces considérations, je pensai avoir affaire à un cancer : tel fut le diagnostic que j'indiquai à quelques étudians auxquels je fais chaque matin des leçons de diagnostic des maladies chirurgicales, au lit des malades, tantôt dans un hôpital, tantôt dans un autre, afin d'avoir une plus grande variété de malades à leur montrer. J'appris le lendemain que l'opinion de M. Velpeau était la même que la mienne, et qu'il avait manifesté quelqu'intention d'extirper ces engorgemens. Cette femme m'ayant demandé mon avis à ce sujet, je lui répondis que je croyais en effet que l'ablation était le seul moyen curatif.

Peu de jours après, l'opération fut pratiquée par le professeur. Il enleva d'abord le sein gauche, puis les ganglions de l'aisselle, à l'aide d'une autre incision. Les ganglions et la glande mammaire ont été successivement examinés par M. Velpeau et les assistans. Deux des ganglions étaient seulement rouges et tuméfiés. Un troisième, gros comme une noix, présentait à son centre une matière caséeuse, comme tuberculeuse.

La glande et les cinq tumeurs incisées avec précaution et couches par couches, présentèrent divers degrés d'altération, comme cela arrive constamment. En certains endroits, elles firent entendre sous le scalpel le cri de l'étain ; en d'autres elles présentèrent l'aspect lardacé des tumeurs squirrheuses ; et en d'autres, vers le centre, des points ramollis de la grosseur d'une noisette, et contenant une matière caséeuse. Toutes enfin avaient la forme du squirrhe par dégénérescence du tissu glandulaire lui-même, avec des points ramollis au centre.

Ainsi, et par leurs symptômes extérieurs et par leurs caractères

pathologiques, ces tumeurs ont présenté tous les caractères de ce qu'on connaît sous le nom générique de cancer, en pathologie. Pour mon compte je suis bien convaincu de ce que j'avance.

Note du Rédacteur. — Avant d'insérer la réclamation et l'observation qu'on vient de lire, nous avons pris les informations les plus sévères sur les faits qui y sont exposés, et nous nous sommes convaincus de leur exactitude. Il nous répugnait de croire qu'un Journal qui avait accueilli une accusation de cette nature, se fût refusé à réparer une erreur qu'on ne devait pas supposer volontaire. Du reste, la faute attribuée à M. Velpeau eût-elle été, aussi bien que quelques autres dont il a été accusé avec tout autant de vérité par le même Journal, cette faute eût-elle été aussi réelle qu'elle est fausse et controuvée, nous nous élèverions contre ce système immoral qui va rechercher dans la pratique de quelques hommes ce qu'elle peut avoir de malheurs, de fautes même, pour la traduire sous des couleurs défavorables, devant un public envieux ou léger, facile à accueillir ces sortes d'accusations. Certes, la réputation des plus grands praticiens ne résisterait pas à une semblable tactique; et Dupuytren lui-même, dont la sagacité profonde, la prudente réserve et la grande habileté étaient si universellement reconnues, eût pu facilement être représenté comme un imprudent et maladroit opérateur, si de son immense pratique on se fût attaché à relever uniquement les nombreux insuccès et quelques erreurs qu'il commit.

Un procédé à-peu-près semblable a été employé contre un de nos chirurgiens les plus renommés, contre M. le professeur Roux, que son habileté remarquable dans l'exécution des opérations, son adresse et ses soins dans l'application des appareils et dans tous les détails des pansemens, n'ont pas toujours mis à l'abri d'événemens malheureux. On a particulièrement exploité tout récemment, avec la malveillance la plus insigne, le récit inexact d'un fait d'accouchement laborieux. Au lieu d'attirer aucun reproche au chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, qui n'a peut-être pas trouvé autour de lui des personnes disposées à le seconder comme il aurait convenu, ce fait n'aurait dû que montrer pour la centième fois la vicieuse organisation de cet hôpital sous certain rapport. Si l'Hôtel-Dieu, par sa position au centre de la capitale, ne peut se refuser à admettre des femmes en travail, qu'on y organise un service spécial, qu'on y attache des chirurgiens-accoucheurs; autrement c'est exposer ces femmes à ne pas recevoir tous les secours que réclame leur état.

Qu'attend-on d'un tel système de dénigrement? Saper les bases

d'une institution à laquelle appartiennent les hommes que l'on cherche à déprécier : ce n'est qu'une puérile prétention. Ne voit-on pas qu'on déprécie la profession toute entière ? Il ne faudrait que se laisser aller à des récriminations bien faciles, pour livrer au mépris et à la risée notre art si ardue, notre art dont la puissance et les limites sont si mal appréciées du vulgaire, et que compromettent d'ailleurs tous les jours l'ignorance et le charlatanisme.

Frappez sur les abus partout où ils se trouvent, à la Faculté comme en dehors de la Faculté ; montrez ce qui manque aux institutions, ce qu'on doit exiger des hommes chargés de fonctions publiques ; combattez les erreurs dangereuses ; signalez les fautes qui peuvent servir à l'instruction ; certes la matière ne manquerait pas à une censure consciencieuse et éclairée. Nous ne nous plaindrons jamais que l'on répande la lumière, qu'on appelle la publicité sur tous les actes et des professeurs et des praticiens des hôpitaux. Mais s'attacher exclusivement, et dans un but hostile, à quelques individus, quand tous appellent l'examen ; prodiguer à quelques-uns le blâme avec tout autant d'injustice que la louange à quelques autres, c'est décréditer la critique, c'est déshonorer notre mission de journaliste.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de chirurgie; par M. G. Chélius, *professeur de chirurgie et de clinique chirurgicale à l'Université d'Heidelberg ; traduit de l'allemand par* J. B. Pigné, *interne des hôpitaux de Paris.* Paris, 1835 ; in-8.°, 1.re et 2.e livraisons. Chez J. B. Baillière (L'ouvrage complet formera deux forts volumes publiés en sept livraisons).

Le traducteur expose ainsi le caractère du livre qu'il se propose de faire connaître aux lecteurs français : « Le professeur de chirurgie de Heidelberg a fait cet ouvrage pour ses élèves ; son intention était de leur éviter (épargner) des recherches longues et pénibles. Le succès que son Traité a obtenu en Allemagne, prouve qu'il avait compris leurs besoins... On trouvera réuni en deux volumes, et exposé d'une manière brève et claire, tout ce que nos maîtres anciens et modernes ont établi en précepte, et une critique saine des différentes opinions qui, à diverses époques, ont été émises sur cette partie de l'art de guérir. Souvent on ne trouvera qu'un résumé, qu'une indication même, qui suffira pour celui qui étudie la chirurgie dans son ensemble ; mais le soin avec

lequel l'auteur signale les ouvrages où il a puisé, indiquera les sources de renseignemens plus amples à celui qui voudra étudier plus à fond telle ou telle partie. » Nous pensons d'après les deux livraisons publiées de l'ouvrage de M. Chélius, que c'est bien là l'idée qn'on pent se former de l'ouvrage tout entier.

Après quelques considérations sur la chirurgie, cet auteur sépare les maladies qui appartiennent à la chirurgie d'avec celles qui sont du ressort de la médecine, et il divise son ouvrage en sept chapitres, qui doivent traiter : le premier, *de l'inflammation* en général, et même de plusieurs inflammations particulières; le 2.e, des maladies qui dérangent les rapports des tissus entre eux, c'est-à-dire, des plaies, des fractures, des articulations contre-nature, du bec-de-lièvre, des ulcères, de la carie, des fistules, des luxations, des hernies, etc.; le 3.e, des adhérences anormales; le 4.e, des corps étrangers; le 5.e, des maladies dues à la dégénérescence des parties organisées ou à la production de divers tissus; le 6.e, des pertes d'une partie organisée, du nez, d'un membre; le 7.e, des parties organiques surnuméraires; le 8.e, des élémens de médecine-opératoire.

Après l'introduction, l'auteur présente un court tableau de la littérature chirurgicale, et entre immédiatement en matière, en commençant par l'inflammation en général, et continuant d'après l'ordre tracé dans l'introduction.

Prendre une à une chacune des divisions ou des maladies traitées dans les trois divisions qui ont paru, pour les analyser et les juger, en donnant les motifs de notre jugement, nous entraînerait dans un travail de critique tellement étendu, qu'il dépasserait de beaucoup les limites qui, dans ce journal; sont consacrées aux articles de ce genre. Nous nous bornerons donc à donner une idée générale de l'impression que nous avons reçue de sa lecture.

L'ouvrage de Chélius, du moins daus les livraisons déjà publiées, est un ouvrage abrégé fort clairement écrit, savant par les articles de bibliographie qui accompagnent chacune des descriptions générales ou particulières des maladies. Mais, nous le répétons, ce n'est qu'un abrégé beaucoup plus utile à l'instruction théorique qu'à la pratique elle-même qni réclame plus de détails et qui demande surtout que certains détails de faits si importans au lit du malade soient mis en relief. L'indication des sources originales fournit, il est vrai, le moyen d'arriver, par d'autres ouvrages, à la connaissance de ces faits précieux.

Cet ouvrage a une autre importance : c'est qu'il nous fait connaître les idées et la pratique des chirurgiens de l'Allemagne,

mieux que ne font nos ouvrages classiques, et possède, par conséquent, pour nous, un caractère d'originalité que ne peuvent avoir les livres analogues de nos chirurgiens. C'est un avantage qu'ont souvent les ouvrages étrangers; aussi, malgré leurs imperfections, nous aimons à les voir traduire dans notre langue, parce qu'ils étendent beaucoup nos connaissances, et que souvent par l'éveil qu'ils impriment à l'intelligence, ils préparent des progrès pour l'avenir. Nous remercions donc sincèrement M. Pigné d'avoir enrichi notre littérature chirurgicale de l'ouvrage de Chélius; c'est un encouragement que nous nous plairons toujours à donner aux auteurs de traductions scientifiques. Nous voudrions bien en voir faire autant pour quelques-uns de ces savans ouvrages d'anatomie et de physiologie que possède l'Allemagne. Quand la traduction est ce qu'elle doit être, c'est-à-dire fidèle, la critique doit être désarmée de peur d'étouffer à leur naissance des publications prêtes à éclore; cette critique serait toujours beaucoup plus nuisible qu'utile à la science.

Nota. Pendant que nous imprimions cet article, la 3.me livraison paraissait. Elle contient la suite des ulcères, la carie, la nécrose, les fistules, les luxations, et le commencement des hernies.

Hygiène philosophique des artistes dramatiques, etc., etc.; par le docteur Brouc. Paris, 1836. Deux vol. in-8.°

L'hygiène n'occupe point encore le rang élevé qui lui est destiné parmi les diverses branches des sciences médicales. A peine parait-on dans le monde avoir la conscience des bienfaits qu'elle a répandus sur la société, et entrevoir ceux dont elle doit être la source pour l'avenir. Et cependant existe-t-il une science plus précieuse que celle qui nous enseigne à nous préserver des maladies? Quelques tentatives ont été faites pour constituer cette science qui n'est encore, il faut le dire, qu'à son berceau. M. le docteur Brouc a pensé avec raison qu'on pouvait, dans le cadre immense de l'hygiène, choisir un sujet particulier renfermé dans des limites assez étroites pour qu'on puisse facilement en approfondir tous les détails. Nous ne saurions former des vœux trop ardens pour que son exemple soit suivi. En effet, ce n'est pas trop des recherches et des études d'un seul homme pour chacun des points dont la réunion constitue le domaine de l'hygiène. Lorsque chacune des divisions de cette science aura été traitée avec tous les détails dont elle est succeptible, il sera plus facile de tracer le plan d'un ouvrage général et complet sur cette matière, et de le remplir. M. Brouc a donc

fait une chose utile, et dont on doit lui savoir gré. Nous allons nous efforcer de faire connaître l'ouvrage de ce médecin, autant que possible, en analysant le plan qu'il a suivi, montrant le but qu'il s'est proposé.

L'ouvrage entier comprend quatre livres. Le premier traite des *influence des causes extérieures physiques ;* le second de l'*influence de l'exercice de l'art dramatique sur les fonctions de l'économie ;* le troisième de l'*influence des travaux intellectuels que reclame l'art dramatique ;* enfin, la quatrième s'occupe des *influences morales.*

Parmi les agens extérieurs, l'air est placé en première ligne. L'auteur se livre à des considérations utiles sur la température, sur l'obscurité et l'humidité, sur l'influence des vents et des émanations délétères, sur les vêtemens, sur les alimens et sur les boissons. Dans tous ces chapitres, M. Brouc ne cesse de faire à l'artiste dramatique, l'application des notions les plus certaines que nous possédions sur l'hygiène.

Le deuxième livre entre plus avant dans le sujet spécial que M. Brouc a choisi. On y passe en revue les mouvemens que l'artiste exécute pendant les jeux scéniques, les exercices de la voix, les efforts des artistes pour exprimer les passions, les influences de l'émotion.

Après s'être étendu sur l'importance des travaux intellectuels que reclame l'art dramatique, M. Brouc donne aux artistes d'excellens conseils sur les dangers de l'étude trop prolongée. Mais le livre quatrième offre surtout des développemens étendus. Les influences morales auxquelles les artistes dramatiques sont soumis, sont nombreuses. L'auteur étudie chez eux, les diverses passions qui agitent les autres hommes, et recherche quelles peuvent être sur eux les influences morales sociales.

Après cette courte analyse des points nombreux qui sont traités dans le livre de M. Brouc, nous ne devons pas négliger de faire connaître le but qu'il s'est proposé en prenant la plume, et pour cela nous saurions mieux faire que de le laisser parler lui-même : « Mon but, dit-il, en me livrant à ce travail, n'a pas seulement consisté à indiquer les lésions morbides qui affligent d'ordinaire l'artiste dramatique et les précautions que l'on doit leur opposer. J'ai envisagé mon sujet d'un coup-d'œil plus vaste. J'ai tâché de montrer l'intime liaison qui unit la prospérité de l'art à la prospérité des artistes eux-mêmes, et ce double avantage au perfectionnement des idées sociales, etc. etc. »

M. Brouc n'écrivant pas seulement pour des médecins, mais aussi pour les gens du monde, a adopté un style plein d'images et

d'élégance ; son livre sera donc lu avec autant de plaisir que de fruit.

Essai sur la colique de plomb; par Augustin Grisolle , *de Fréjus.* Paris , 1835. In-4.°

Le travail de M. Grisolle se recommande par des qualités que l'on trouve rarement dans une thèse inaugurale ; et, bien que la colique de plomb ait été l'objet d'un grand nombre d'écrits, celui-ci ne laisse pas que d'être instructif et intéressant. Ce n'est point un traité didactique de la maladie en question ; un pareil traité eut été au moins inutile. C'est une analyse bien faite de cinquante-huit observations d'accidens saturnins, recueillies par l'auteur, en 1834, à l'hôpital Beaujon.

Je me bornerai à citer rapidement quelques-uns des résultats obtenus par M. Grisolle, tels que les suivans : les saisons n'ont aucune influence directe sur la production des accidens saturnins. — Le nombre de jours nécessaire pour le développement de la maladie diminue à mesure que les sujets sont plus âgés. — Malgré les assertions des auteurs, la céruse est aussi délétère, et peut-être même plus délétère, que le deutoxyde de plomb. — Les procédés de fabrication employés pour obtenir la céruse ne sont pas dangereux au même degré, etc.

Mais je m'arrêterai davantage sur un chapitre où l'auteur traite du mode d'introduction du plomb dans l'économie, et de l'influence de ce métal avant de produire la colique. Cette partie est neuve et intéressante. L'analyse exacte des faits a porté M. Grisolle à avancer que l'absorption du plomb par la peau n'a point été démontrée. — Le plomb, avant de produire la colique, exerce une action spéciale sur la nutrition générale et sur certains appareils. Ainsi les ouvriers cérusiers ont le facies généralement pâle ou jaunâtre ; ils maigrissent plus ou moins rapidement. L'auteur a observé la modification dans la coloration de la peau, chez plus des deux tiers des ouvriers. Elle se manifeste communément après un séjour de vingt-sept jours dans les ateliers. L'amaigrissement est un phénomène moins général ; il n'existait guère que dans un tiers des cas. Ces modifications dans l'embonpoint et dans la coloration de la peau, n'indiquent pas toujours une invasion prochaine de la colique. Elles ont persisté, dans quelques cas, pendant plusieurs années, sans que les individus aient contracté la colique. On ne peut attribuer ces changemens de la nutrition qu'à une influence exercée par le plomb ; car chez les ouvriers qui les présentaient, M. Grisolle n'a remarqué ni excès de travail, ni mauvais régime. Il n'a rien trouvé d'anormal du côté des organes circulatoires, ni du côté de l'intelligence. Ici, les observations particulières de M. Grisolle ne sont point d'accord avec celles de Stoll, qui avait noté, chez les ouvriers des fabriques de plomb, un pouls tendu, plein et dur, et une expression de la physionomie qui se rapprochait de celle des maniaques. — M. Grisolle a vu des ouvriers phthisiques ou atteints d'emphysème pulmonaire, respirer sans oppression au milieu d'une épaisse poussière de céruse et de minium. — Le plomb produit l'épilepsie de toutes pièces. Malgré cette cir-

constance, les individus, déjà épileptiques avant d'entrer dans les ateliers, n'éprouvent pas des attaques plus rapprochées ou plus intenses par suite de leur séjour au milieu des émanations saturnines. Mais, d'un autre côté, bien que ces individus se trouvassent dans les deux conditions fondamentales du traitement homœopathique, ils n'étaient point délivrés de leur épilepsie. — Trois personnes qui restaient dans les fabriques, ont présenté à l'examen de M. Grisolle des douleurs ou de l'engourdissement suivant le trajet du rameau dentaire inférieur. — L'action du plomb s'exerce aussi sur les animaux. Les chiens et les chats meurent presque tous. Mais, contrairement à l'opinion de M. Trousseau, l'auteur n'a point vu que les chevaux devinssent cornards, ni que les rats présentassent la paralysie du train postérieur.

M. Grisolle a traité, avec le même soin, des symptômes et du traitement tant prophylactique que curatif. Dans ces divers chapitres, comme dans les précédens, on trouve des considérations ingénieuses et des remarques qui décèlent une observation attentive et éclairée. Tantôt l'auteur confirme les résultats obtenus par d'autres observateurs, tantôt il en démontre l'inexactitude. Relativement à la prophylaxie de la colique de plomb, il pense que la tisane sulfurique préconisée par M. Gendrin ne possède point les propriétés que ce médecin lui attribue, et qu'elle paraît au contraire, dans quelques cas, favoriser le développement de la maladie. Enfin M. Grisolle a émis quelques bonnes idées relatives à la meilleure manière de construire et de disposer les atteliers où l'on travaille le plomb.

Qu'il me soit permis, avant de quitter la plume, de faire la réflexion suivante : Voilà un sujet qui a été traité longuement et avec talent par un grand nombre de pathologistes, et sur le quel il semblait que l'on n'avait que peu de choses à dire; et cependant un jeune médecin a pu y préciser une foule de considérations utiles. C'est qu'en effet, quelque rebattu que soit un sujet en médecine, on trouvera toujours quelque chose de bon à ajouter aux notions que nous possédons sur lui, lorsque, doué d'un jugement sain et capable d'une attention soutenue, on ira chercher ses renseignemens dans l'observation. G. Richelot.

ERRATA pour le N.° d'Avril.

Il s'est glissé quelques erreurs typographiques dans le mémoire de M. Marc d'Espine, contenu dans le N.° d'avril de cette année, et portant pour titre : *Description du col de l'utérus chez la femme jeune, nullipare*, etc.

Page 421, ligne 3, au lieu de : les diamètres de l'orifice ont une à deux lignes *de* plus, *lisez :* les diamètres, etc., lignes *au* plus.

Même page, ligne 5, au lieu de : sur 25 femmes nullipares, etc., *lisez :* sur 29 femmes nullipares, etc.

Même page, ligne 20, au lieu de : l'âge ne paraît pas avoir une influence marquée sur la *femme* et les dimensions du col, *lisez :* l'âge....., etc., sur la *forme* et les dimensions du col.

Page 424, ligne 15, au lieu de : orifices *sinueux*, *lisez :* orifices *linéaires*.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

JUIN 1836.

Examen comparatif de plusieurs observations anatomiques sur des matrices doubles dans l'espèce humaine; Mémoire inédit lu à la séance publique de l'Académie royale de Chirurgie, le jeudi 15 avril 1790, par Louis, *secrétaire-perpétuel de cette Académie* (1).

Les faits qui servent de base à ce Mémoire présentent, sur la conformation vicieuse du même organe, des dispotions différentes qu'il ne faut pas confondre, quoiqu'on les trouve désignées sous la même dénomination. Il y a des matrices doubles en deux corps distincts, et d'autres qui paraissant ne former qu'un seul corps, sont partagées en

(1) Un heureux hasard ayant fait tomber dans mes mains plusieurs mémoires inédits de divers membres de l'ancienne Académie Royale de Chirurgie, je crois faire une chose agréable au public médical et utile à la science de les mettre au jour. Quoiqu'un demi-siècle se soit écoulé depuis l'époque où ils furent écrits, les découvertes qui ont changé la face de la chirurgie dans cet intervalle ne les ont point dépouillés de toute originalité.

Une publication du genre de celle-ci s'adressant, non à des élèves, mais aux hommes instruits, je n'ai pas cru qu'il fût nécessaire de mettre des notes ou des rectifications aux endroits de ces Mémoires qui ne sont plus en harmonie avec l'état actuel de la science ou avec les opinions reçues. DEZEIMERIS.

deux cavités. Ces structures extraordinaires, que jusqu'ici le hasard seul a fait connaître, doivent, par cette raison même, être fréquentes, du moins plus qu'on ne pourrait le croire : c'est un motif pour ne pas négliger la comparaison de leurs diversités, afin d'exciter ceux qui rencontreront de ces sortes de cas, à s'informer de tout ce qui y aura été relatif, tant dans l'état de santé que dans celui de maladie. Les progrès de la science et de l'art y sont également intéressés, car ces dispositions singulières peuvent donner lieu à des phénomènes particuliers capables de dérouter entièrement les praticiens qui ne seraient pas instruits de la possibilité de ces conformations irrégulières.

L'ouverture des cadavres nous éclaire souvent sur des fautes qu'on n'a pu éviter ; mais ne peut-on pas espérer aussi qu'en réfléchissant sur les phénomènes produits par une disposition extraordinaire d'organes, nos lumières pourront s'étendre au point de prévenir de fâcheuses méprises dans les cas où, pour me servir de l'expression de Fontenelle, l'uniformité de la nature semble s'être démentie?

On peut donc rappeler avec utilité, dans l'espèce que nous nous proposons de traiter, et mettre sous un même point de vue les différens faits venus à notre connaissance ; examiner sous quels aspects on les a déjà considérés, et les diverses inductions qu'on en a tirées. De nouvelles réflexions pourront donner lieu à des conséquences ultérieures échappées aux premiers observateurs ; et ce qui a pu n'être pour eux qu'un objet de pure curiosité, sera peut-être pour d'autres une source d'instruction de la plus grande utilité.

Le célèbre Gaspard Bauhin (1), dans son grand ouvrage intitulé : *Théâtre anatomique*, rapporte qu'en 1599, on

(1) *Theatrum anatomicum*, lib. I, cap. 38 ; 1621.

fit à Paris, dans le collège des Lombards, la dissection d'une femme en qui l'on trouva la matrice divisée en deux parties, par une cloison. Dans un autre Traité, à la suite de celui de Rousset, sur *l'opération césarienne*, il dit que son frère, Jean Bauhin, faisant un cours d'anatomie aux chirurgiens de Lyon, vers l'an 1565, observa dans une jeune fille la matrice séparée en deux parties. Cette singularité lui fit naître un doute : savoir, si les femmes qui accouchent de plus de deux enfans n'ont pas cette conformation extraordinaire, et telle qu'on la voit aux femelles de plusieurs animaux.

Riolan, au second livre de son *Anthropographie*, rappelle ces deux faits, et ajoute qu'il a ouvert au mois de juin 1615, en présence de plusieurs personnes, au village de Stains, au-dessus de Saint-Denis, une jeune fille ayant la même conformation : *ab orificio externo duplici, usque ad fundum uteri, duplex erat matrix, mediano pariete secreta.* Il a le mérite d'avoir adopté la question judicieuse de Bauhin ; il demande aussi, si la pluralité des enfans dans une même grossesse n'aurait pas pour cause naturelle cette disposition particulière des organes ?

Comment une idée qui se présente si naturellement, est-elle restée sans examen, et le doute qu'elle établit, sans solution ? Il n'y a point d'années que les papiers publics ne nous informent du phénomène de la naissance d'enfans au nombre de trois ou quatre, produits d'une même grossesse : on se contente de satisfaire la curiosité du public par de tels récits, et l'on ne sait à quoi s'en tenir sur le fond de la question faite à ce sujet, il y a cent trente ans, par d'habiles et savans anatomistes.

Ce problême, dont la solution peut être intéressante, ne demande que l'attention soutenue de ceux qui voudraient s'en occuper. Il faut d'abord ne pas perdre de vue les personnes sur qui l'on peut faire cette utile recherche ; je conviens que ce ne serait pas pour elles une perspective

riante : mais on pourrait fort bien ne leur pas faire connaître le dessein qu'on a sur elles après leur mort. Chez les pauvres gens, ou personnes peu aisées, au défaut de persuasion, l'appât d'une récompense pourrait lever les obstacles d'une répugnance déraisonnable : on pourrait même avoir recours à l'autorité pour obtenir, comme il y en a eu des exemples, la permission d'une exhumation secrète. Le bien public est la suprême loi contre laquelle de vieux préjugés ne doivent point prévaloir. Il serait possible d'inspirer aux personnes bien nées le désir patriotique d'être utile à l'humanité, d'être utile à l'instruction publique, en citant des exemples qu'il leur serait honorable de suivre.

Tout le monde a su que M. le duc d'Orléans, mort à l'abbaye de Sainte-Geneviève, le 4 février 1752, avait recommandé expressément que, si l'on trouvait à l'ouverture de son corps quelque particularité digne de remarque, on en fit, si on le jugeait nécessaire, la démonstration dans les écoles établies pour les progrès de l'art de guérir. Ce prince, amateur du bien public, préparait par piété un sacrifice de justice, en faisant ainsi au profit de l'humanité l'offrande de son corps.

Cette disposition testamentaire n'a peut-être été faite qu'à l'imitation d'un prélat que ses travaux apostoliques et ses vertus ont rendu digne d'être honoré d'un culte religieux. Saint-François de Sales, mort en 1622, avait ordonné que son corps fut porté à l'Ecole de chirurgie, *afin*, disait-il, *que si je n'ai été utile à rien durant ma vie, je serve à quelque chose après ma mort.* C'est ce que nous apprend Antoine Godeau, évêque de Vence, dans l'éloge funèbre de son confrère. Il veut, ce sont les expressions du panégyriste, qu'on fouille dans ses entrailles, qu'on l'expose nu sur un théâtre d'anatomie, afin de donner des leçons aux écoliers. « La charité ordinaire, dit à cette occasion l'évêque de Vence, se donne durant la vie pour le

salut du prochain, mais la charité de l'évêque de Genève a lieu après la mort. Elle brûle encore quand le sang est glacé dans ses veines; elle anime le corps quand l'ame en est séparée; elle le fait agir quand il a perdu le mouvement. »

On me pardonnera d'avoir rapporté ce trait oratoire, et de conserver des anecdotes dont il est intéressant de ne pas perdre la mémoire; c'est dans les fastes de l'anatomie et de la chirurgie qu'il est convenable et utile de les consigner.

Je reviens au récit des faits sur les matrices doubles.

IV.e *Fait.* On lit dans les *Transactions philosophiques*, N.o 48, que le 6 janvier 1669, Benoît Vassal, chirurgien à Paris, fit l'ouverture du corps d'une femme âgée de 32 ans, d'un tempérament sanguin et d'une très-forte constitution. Elle avait *deux matrices*, dont l'une, qu'il appelle la véritable parce qu'elle occupait le milieu du petit bassin, avait servi à la conception d'onze enfans, dont sept mâles et quatre femelles, tous nés à terme et parfaitement conformés. Mais cette mère si féconde conçut un douzième enfant dans la seconde matrice, contiguë *à la vraie*, mais dans un lieu si étroit et si peu susceptible de dilatation, que le fœtus, après avoir causé à sa mère pendant deux mois et demi des accidens très-dangereux et des douleurs insupportables, rompit enfin sa prison, à trois ou quatre mois, et mourut en causant la mort de sa mère, qui tomba dans des mouvemens convulsifs très-violens occasionnés par l'effusion du sang dans la cavité de l'abdomen. Ces convulsions durèrent trois jours, et la mirent au tombeau.

On aurait pu sauver la vie à cette femme par la gastrotomie, pratiquée deux fois avec succès par M. Maussion, M.e en chirurgie à Orléans. Nous en donnerons l'observation à la fin de ce Mémoire.

V.e *Fait.* Il n'y en a point de plus authentique et qui offre une instruction plus solide sur les doubles matrices, que celui

dont Dionis nous a transmis l'histoire. Les motifs qu'il donne de son empressement à le faire connaître sont très-louables. Je sais, dit-il, qu'un anatomiste doit examiner tout ce qui arrive dans la nature, soit de plus rare, soit de plus ordinaire, et qu'il doit principalement conduire sa raison pour les choses qui lui tombent sous les sens. On doit d'autant moins négliger les faits singuliers, que la diversité des parties internes embarrasse les médecins et les chirurgiens les plus habiles, et trompe souvent les mesures qu'ils prennent pour la guérison des maladies dans les cas de ces singularités sur lesquelles il serait si important d'avoir les connaissances les plus exactes. Ces réflexions sont fort judicieuses, et je les rapporte dans les propres termes de l'auteur, parce que, dans un rapprochement d'expressions et d'idées, on ne pourrait lui contester l'antériorité.

Voici le fait. Une jeune dame de 20 ans, femme-de-chambre de madame la Dauphine, en 1681, devint grosse au second mois de son mariage. Elle eut d'abord quelques raisons de douter de son état, par rapport au retour des évacuations périodiques. Mais l'augmentation du volume du ventre, le dégoût, les vomissemens, les désirs, et les mouvemens de l'enfant au terme de quatre mois et demi, ne laissèrent plus d'équivoque. Le flux menstruel cessa au cinquième mois, c'est une circonstance digne d'attention, ainsi que la grosseur du ventre qui paraissait un peu plus volumineux du côté gauche, où les mouvemens de l'enfant se faisaient particulièrement sentir.

La nuit du 5 juillet 1681 (1), cette dame fut attaquée

---

(1) Le *Journal des savans*, du 21 juillet, fait mention de ce fait d'une manière peu exacte, et probablement d'après le bruit public, en disant qu'on a fait ces jours passés la découverte de deux matrices et de deux enfans dans le ventre d'une mère, et l'on promet d'en donner l'histoire au long dans un des premiers journaux, ce qui n'a point eu lieu.

d'une douleur des plus cruelles dans le bas-ventre, pendant trois ou quatre heures. Depuis cette époque elle ne sentit plus remuer son enfant. Douze heures après, vers les huit heures du soir, les douleurs violentes se renouvellèrent avec des vomissemens et des convulsions terribles. Malgré l'usage des calmans, ces accidens continuèrent, un froid glacial se fit sentir, et la malade mourut à cinq heures du matin, avec le ventre excessivement distendu, et dont le volume n'avait cessé d'augmenter à vue d'œil dans le progrès des derniers accidens.

La reine et madame la Dauphine demandèrent que Dionis fît l'examen anatomique du corps ; Daquin et Fagon, premiers médecins du roi et de la reine, y assistèrent ; il fut constaté que la matrice, au-dessus de son col, formait deux corps séparés, et que la conception s'était faite dans la matrice gauche. La pièce fut enlevée du cadavre, et préparée avec soin pour être présentée à la reine chez madame la Dauphine, en présence des premiers médecins, qui dissertèrent verbalement sur ce phénomène pour satisfaire la curiosité des princesses. Mais la reine fit demander à Dionis une démonstration particulière de cette pièce vraiment curieuse. Dionis nous apprend qu'il donna satisfaction à la reine, sur les diverses questions qu'elle lui fit. Elles ne nous sont point parvenues, mais il n'est peut-être pas inutile de conserver les remarques du démonstrateur, qui apprend que Sa Majesté n'avait pas les mêmes répugnances qu'ont la plupart des dames pour les démonstrations anatomiques, et qu'il a eu l'honneur de lui en faire assez souvent sur différentes parties d'animaux.

La pièce anatomique a été dessinée et gravée. L'on y voit que la matrice gauche qui contenait l'enfant s'est ouverte spontanément par rupture ou crevasse de son fonds. Nous ne suivrons pas l'auteur dans les conséquences qu'il a cru pouvoir tirer de ce fait singulier, pour expliquer le mystère de la génération, ce à quoi il ne pouvait pas plus

servir que ce qui se passe journellement dans le cours naturel des choses. Dionis en a pris l'occasion d'exposer les diverses hypothèses dont les esprits étaient imbus, et en faveur desquelles on faisait beaucoup de raisonnemens destitués de raison. Ses remarques sont plus utiles, lorsqu'il se restreint dans ce qui a directement rapport à son observation. L'on conçoit très-bien, par exemple, que la grossesse n'a pas pu, dans les premiers mois, empêcher le flux menstruel produit par les vaisseaux de la matrice non imprégnée, et que cette évacuation a dû cesser lorsque, par l'augmentation du volume de l'autre matrice, il y a eu une compression suffisante pour oblitérer, en quelque façon, la cavité de celle qui n'était pas le siége de la grossesse.

L'idée de la possibilité de la superfétation dans une pareille structure se présente si naturellement, qu'aucun auteur n'a omis de le dire; malgré la vraisemblance, ce pourrait être un sujet de doute légitime en physiologie.

Vers le quatrième mois de sa grossesse, la jeune dame avait commencé à sentir une incommodité qui n'a cessé d'augmenter à mesure de l'accroissement du ventre. L'enfant était à gauche, et elle ne pouvait demeurer couchée sur le côté droit sans exciter bientôt des douleurs insupportables au point de causer la syncope. Tous ces accidens, dont le discernement rendrait raison, pourraient, en certaines occasions, être des signes commémoratifs très-essentiels, et devenir indicatifs de ce qu'il y aurait à faire ou à prévoir pour le salut des personnes qui les éprouveraient.

M. Eloy, médecin de Mons, a publié dans cette ville en 1778, un ouvrage en quatre volumes in-4.°, sous le titre de *Dictionnaire historique de la médecine ancienne et moderne*, ou *Mémoires disposés en ordre alphabétique, pour servir à l'histoire de cette science.* La cruelle injustice qu'il commit envers la mémoire de Dionis, tout en

paraissant la respecter, précisément sur le fait de la double matrice, mérite d'être relevée. « La rupture de matrice dont parle Dionis, dit M. Eloy, est singulière, et l'ouvrage publié en 1683, sous le titre d'*Histoire anatomique d'une matrice extraordinaire*, est très-bien écrit. Comme je n'ai pas pu me procurer cet ouvrage, dit M. Eloy, j'ai tiré cette note de l'*Histoire de l'anatomie et de la chirurgie*, par M. Portal. Mais, peut-on, continue-t-il, allier la vérité de ce récit avec les connaissances qu'on ne peut refuser à Dionis? On est étonné d'y voir une femme mourir dans le sixième mois de sa grossesse, et un chirurgien aussi expérimenté attendre des ordres pour faire l'ouverture du corps, qu'il renvoie au lendemain. Se peut-il qu'il n'ait pas fait cette ouverture immédiatement après la mort, pour donner le baptême à l'enfant ? »

M. Eloy est inexcusable d'avoir entaché la réputation de Dionis, pour un reproche si peu mérité : c'est une calomnie forgée de sens froid. Il convient qu'il n'a pas lu l'observation dont il parle, et c'est ainsi qu'on fournit des matériaux pour servir à l'histoire de l'art et de ceux qui l'ont exercé ! Mais M. Eloy qui, dans ce même article de Dionis, porte son jugement sur le *Traité d'anatomie* de cet auteur, a dû au moins le parcourir, et il y aurait vu en entier l'histoire de la matrice extraordinaire : il y aurait vu que Dionis ne dirigeait pas la santé de la jeune dame ; que les calmans dont elle a fait usage sans succès dans la nuit qui a précédé sa mort, avaient été ordonnés par un chirurgien de la Cour, logé dans son voisinage ; que ce même chirurgien, à l'instant de la mort, fit l'opération césarienne, suivant le vœu tardif de M. Eloy; qu'il trouva l'enfant privé de vie, couché sur les intestins, et la capacité du ventre remplie de sang. La reine et madame le Dauphine, surprises d'une mort si prompte et si tragique, ordonnèrent à Dionis de faire l'ouverture du corps, et il y procéda le lendemain. C'est sur ces dernières expressions

de M. Portal, qui n'a pas parlé de l'opération césarienne, parce qu'il aura jugé cette circonstance inutile, et que dans des notices très-succinctes on ne peut pas tout dire : c'est, dis-je, d'après ce mot, *l'ouverture du corps remise au lendemain*, que M. Eloy se porte gratuitement à flétrir la mémoire d'un excellent anatomiste, d'un habile accoucheur, lorsqu'il est lui-même très-repréhensible de n'avoir pas acquis les connaissances les plus positives sur ce fait. L'enfant était en pourriture, et, à l'estimation de Dionis, il était mort depuis douze jours. Cet état de l'enfant justifie encore moins le zèle peu éclairé qui a animé M. Eloy, pour le salut éternel d'un embryon, 95 ans après sa mort.

VI.e *Fait.* Dionis, de son vivant, a éprouvé des injustices d'un autre genre, à l'occasion du même fait. M. Littre a donné dans les *Mémoires de l'Académie royale des sciences*, année 1705, des observations sur la matrice d'une fille de deux mois. Sans rappeler la description fort détaillée des dimensions de cette partie et de ses appartenances, une planche gravée montre que la matrice, sous l'apparence d'un corps unique, était partagée en deux cavités qu'annonçait la double protubérance du fond. Le vagin, unique depuis son orifice, ne commençait à être séparé qu'au milieu de sa longueur, et était divisé en deux parties égales, par une cloison qui s'étendait jusqu'entre les orifices de la matrice double ou à deux cavités.

M. Littre ne s'en est pas tenu à la simple narration du fait anatomique; il lui a fourni des réflexions qu'il donne sous le titre modeste de *conjectures*. Sa première remarque est que, si cette fille avait vécu et qu'elle eût été mariée, elle aurait pu également devenir grosse d'un côté ou de l'autre. Ceci n'est point une conjecture ; l'observation de Dionis rend la proposition incontestable.

La seconde remarque est qu'un fœtus renfermé dans une telle matrice, n'aurait pas pu se porter avec la même facilité à droite et à gauche dans le ventre de sa mère, comme

il arrive lorsque le fœtus est contenu dans la matrice ordinaire ; mais qu'il se serait porté plus facilement du côté de la matrice où il aurait été renfermé.

On prête ici au fœtus des mouvemens qu'il ne se donne point : l'exposition d'ailleurs est obscure. Littre a sans doute voulu dire que la tuméfaction du ventre serait plus marquée du côté de la gestation. L'observation de Dionis donne en fait ce que M. Littre met en question.

Il dit, en troisième lieu, qu'un fœtus contenu dans l'une des parties de cette matrice, n'aurait pas pu devenir si grand que dans une matrice ordinaire. « Il n'y a aucune apparence, dit-il, qu'une moitié de matrice (car il lui semble qu'on peut considérer ainsi une de ses parties), eût pu s'étendre autant qu'une matrice entière, et fournir autant de nourriture à un fœtus pour un pareil accroissement. »

La crevasse de la matrice au sixième mois de grossesse, dans l'observation de Dionis, paraît le fondement de cette conjecture. La raison ajoutée du défaut de nourriture, porte à faux, puisque les femmes grosses de jumeaux leur donnent la nourriture dont ils ont besoin jusqu'au terme complet de leur séjour dans la matrice. Mais l'Académie a la preuve, dans une observation qui lui a été communiquée par MM. Bertholet père et fils, membres de notre compagnie, qu'une femme à double matrice peut porter un enfant pendant neuf mois, et s'en délivrer heureusement dans un accouchement naturel.

J'abandonne les autres conjectures de M. Littre, et j'ose dire qu'en 1705 il ne pouvait pas ignorer l'observation de Dionis publiée d'abord en 1683, et insérée depuis dans le *Traité d'anatomie* de l'auteur, dont la 3.e édition a été publiée en 1695. M. Littre, anatomiste par état, ne pouvait pas ne point avoir eu cet ouvrage sous les yeux, et se le rappeller sur un fait aussi extraordinaire que celui d'une double matrice : ses conjectures mêmes décèlent assez qu'il con-

naissait le travail de Dionis qu'il n'a pas cité; c'est manifestement une omission volontaire dans le dessein de présenter un fait unique ; il aurait perdu le mérite de ses remarques en en découvrant la source.

M. de Fontenelle ne parlait, dans l'*Histoire de l'Académie des sciences*, des mémoires qui composaient chaque volume, que pour en élaguer des détails, utiles sans doute, mais moins intéressans pour les gens du monde et les amateurs que pour les savans de profession. Il se proposait de rendre les sciences recommandables en montrant, autant qu'il était possible, les objets sous un point de vue agréable et intéressant. Dans la mention qu'il fait de l'observation de la matrice double, par M. Littre, il dit que « Rien ne doit plus exciter l'attention des philosophes, que les cas où l'uniformité de la nature semble se démentir; que les dispositions extraordinaires des parties internes doivent faire rentrer dans la médecine des cas imprévus qui rompent toutes les mesures de l'art, et qu'il est utile de remarquer avec soin ces dispositions singulières des parties; qu'il y a des occasions extraordinaires où toutes les règles sont à bout, et alors on peut conjecturer que l'irrégularité tient à quelque structure pareille dont on connaît la possibilité, et se conduire par rapport à cette vue. » Ces principes sur l'utilité de n'ignorer aucune des circonstances que présentent les faits les plus extraordinaires, nous font voir l'adoption formelle des idées et des expressions mêmes de Dionis. Sa mémoire nous est chère ; il ne nous est pas permis d'imiter le silence de ceux qui peuvent avoir crainte de mettre, sur des faits semblables, les observations en parallèle, et leurs auteurs en concurrence : rien ne doit dispenser d'être juste.

VII.e *Fait.* Dans une *Instruction familière et utile aux sages femmes pour bien pratiquer les accouchemens*, publiée en 1710 par la dame de la Marche, il est parlé d'une double matrice, représentée dans deux figures; leur expli-

cation ne donne aucun renseignement dont on puisse profiter.

VIII.e *Fait.* M. Eisenmann, professeur d'anatomie et de chirurgie à Strasbourg, a fait pendant l'hiver de 1737 à 1738, un cours d'anatomie sur le cadavre d'une fille dont la matrice avait la même conformation que celle dont Littre a fait mention; mais le vagin n'était pas double. Le col de l'utérus avait deux orifices qui conduisaient à deux cavités distinctes; c'étaient comme deux ventricules contigus, adossés, et paraissant à l'extérieur ne former qu'un seul corps sous une même membrane. M. Gravel, étudiant alors sous cet habile professeur, a fait dessiner et graver cette pièce anatomique dans une dissertation dont la superfétation est le sujet. Elle a été insérée par Haller dans le V.e tome de sa collection de Thèses choisies sur l'anatomie. M. Gravel y rappelle l'existence d'une autre pièce conservée dans le cabinet curieux de l'école de Strasbourg, qu'il a pareillement fait graver.

IX.e *Fait.* Cette matrice a plus de rapport avec celle de Dionis. Ce sont effectivement deux corps séparés qui se réunissent en un col commun percé de deux orifices, et protubérant dans le fond du vagin. Ce conduit est unique depuis la vulve jusqu'à son milieu, où il est divisé en partie droite et en partie gauche, par une cloison perpendiculaire qui n'a que deux travers de doigt d'étendue. Vers le fond, il a la structure naturelle comme vers son orifice.

Ces derniers faits, découverts par le hasard comme les autres, ne nous donnent aucune lumière sur les personnes en qui ces vicieuses conformations se sont rencontrées.

X.e *Fait.* Le suivant, par des circonstances particulières, mérite grande attention, relativement aux questions légales, si pareil cas se présentait, afin de ne pas prononcer légèrement pour ou contre la nullité de mariage pour cause d'impuissance, et sur l'opération chirurgicale qu'il serait utile ou téméraire de pratiquer pour détruire l'ob-

tacle à la consommation. Il est inséré dans un recueil d'observations rares sur la matrice humaine, imprimé en 1752, grand in-folio, avec de très-belles planches. Cet ouvrage, intéressant à beaucoup d'autres égards, est de M. Boehmer, l'un de nos associés, professeur d'anatomie et de chirurgie à Hale de Magdebourg. La cinquième observation de la seconde partie a pour titre : *De utero humano bifido et bicorni cum vaginâ duplici.* Cette matrice double, avec son double vagin, a été observée sur une femme de 56 ans, morte d'un ulcère gangréneux à la jambe. Elle n'avait été réglée qu'à l'âge de 20 ans, et fut mariée la même année. Le mariage n'a pas été consommé ; les douleurs que les tentatives occasionnaient tant au mari qu'à la femme, étaient très-fortes, et les efforts toujours inefficaces. La pauvreté des conjoints les a empêchés de se pourvoir en justice pour obtenir la nullité de leur union. La matrice avait deux cornes très-étendues, laissant un grand intervalle en forme de croissant.

XI.e *Fait.* En cette même année 1752, feu M. Bagard, président du collège royal des médecins de Nancy, et chevalier de l'ordre royal de Saint-Michel, donna au public une *observation anatomique sur la double matrice d'une femme de 48 ans, morte à Nancy, au mois de novembre ;* brochure in-4.° de dix pages. Cet écrit fugitif m'a été communiqué par M. L'Héritier.

Cette femme, épouse d'un perruquier, avait eu quatorze enfans, dont aucun n'est venu à terme. Sa constitution était sèche et maigre ; elle avait des passions fort vives ; forte, laborieuse, elle était toujours en action. Sa mort a été causée par une suppuration des poumons, qui a duré deux ans.

A l'ouverture du cadavre, la première attention fut de considérer l'état de la poitrine, siége de la maladie qui venait de faire périr cette femme. On fit ensuite, et par occasion, l'examen des viscères du bas-ventre, et l'on fut

surpris de trouver dans le bassin une matrice d'un assez gros volume. Elle fut enlevée avec adresse, à cause des personnes qui assistaient à l'ouverture, et qui s'y seraient opposées.

Cette matrice était double, comme on le voit par les figures jointes à la dissertation : ce sont deux poires renversées et d'une égale grosseur, un peu applaties sur leurs surfaces antérieures et postérieures, séparées vers leur fond de l'espace d'un pouce, réunies par leur col, et se terminant à un orifice commun.

Une sonde introduite par cet orifice a pénétré dans l'intérieur des deux matrices par des orifices séparés. Une ouverture longitudinale a fait voir dans le centre de chaque utérus, une cavité longue, lisse et polie qui aurait pu contenir une grosse olive.

Des lumières antérieurement acquises sur la possibilité et les effets de cette construction extraordinaire, auraient pu rendre ce fait plus intéressant. Il était absolument neuf pour M. Bagard; mais il lui a suggéré quelques réflexions sur les avortemens, toujours précédés et accompagnés de grandes pertes de sang, et qui ont mis une fin prématurée à toutes les grossesses de cette femme. On les avait attribués à sa grande vivacité, à son travail habituel toujours forcé, et à l'abondance du sang. M. Bagard estime qu'ils venaient de la structure des deux viscères réunis, et de la multiplicité des vaisseaux utérins qui y déterminaient une surabondance de sang.

Instruit par l'observation de Dionis, il aurait pu savoir si l'évacuation périodique avait eu lieu pendant les premiers mois de chaque grossesse. De quatorze, l'une a été de jumeaux venus à quatre mois et demi. Il serait utile de savoir si ce terme a été le moins long de toutes les grossesses. M. Bagard croit que cette femme a conçu dans l'une et l'autre matrices; cela est très-vraisemblable; mais les jumeaux n'ayant eu qu'un seul placenta, il est sûr qu'ils ont été formés dans la même cavité.

On aurait pu être informé par le mari ou par les personnes qui ont donné des soins à cette femme dans ses couches multipliées, si le ventre avait plus de volume d'un côté que de l'autre.

Deux questions spéculatives terminent la discussion de M. Bagard; l'une regarde la possibilité de la génération simultanée de deux enfans, et séparément dans chaque utérus. Nul doute qu'une femme à double matrice qui, dans le cas supposé, aurait le bonheur de porter ces enfans à terme, en accoucherait successivement, comme on le voit journellement aux animaux qui font plusieurs petits d'une même portée.

L'autre question a la superfétation pour objet. Aucun observateur n'a omis d'en faire mention; M. Bagard en admet la possibilité, quoique l'invraisemblance en soit comme prouvée par le fait même de la femme du perruquier de Nancy, très-féconde, et à qui cela n'est point arrivé.

Ce fait été communiqué à l'Académie royale des sciences par M. le comte de Tressan. Il en est fait mention dans l'histoire de cette Compagnie, année 1732. Il n'est pas inutile de remarquer encore avec quelle inexactitude on se permet de faire le récit des choses extraordinaires. M. de Tressan ne donne à la femme que 40 ans, elle en avait 48. Il dit qu'à sa mort son plus jeune enfant était âgé de 5 ans: et aucun n'est venu à terme. M. de Tressan avait ouï parler de ce cas à la cour du roi de Pologne, Stanislas, dont M. Bagard était médecin. Son zèle a trompé sa sagacité; il communique à l'Académie, un fait qu'il a cru instructif, avec des circonstances capables d'induire en erreur; ce qu'il importe de relever, pour rendre moins fréquentes, s'il était possible, les narrations infidèles. Celle-ci a été copiée et transmise dans la *Bibliothèque choisie de médecine*, par Planque, tom. VII, in-4°., à la page 462.

C'est sous l'aspect de la possibilité de la superfétation que ce fait a été admis dans l'histoire de l'Académie royale

des Sciences, sous le secrétariat de M. d'Houchy.

XII.e *Fait.* Neuf ans auparavant, en 1793, M. de Meyran y avait fait mention d'une double matrice trouvée à l'ouverture d'une femme morte en couches, à Copenhague. M. Cruger, chirurgien du roi de Dannemarck, avait fait part de ce phénomène anatomique à M. Morand, par simple énonciation. Le savant géomètre, rédacteur de l'histoire, en fait la remarque en témoignant le désir d'un plus grand détail. On voit qu'il considérait ce fait comme ajoutant à la difficulté de prononcer sur la cause des conformations monstrueuses. Il rappelle que M. Winslow, dans un de ses mémoires sur les monstres, a fait usage du cas de la matrice à double cavité dont M. Littre a parlé en 1705.

XIII.e *Fait.* La possibilité de la superfétation est la seule induction que M. Haller ait tirée de l'inspection de la pièce anatomique qu'un chirurgien a enlevée du cadavre d'une fille de condition, âgée de 26 ans, morte dans un accès de convulsions hystériques auxquelles elle était sujette. Il y avait deux matrices à chacune desquelles correspondait un vagin. C'est le sujet de la 60.e observation de l'ouvrage de M. Haller, publié en 1765, sous le titre d'*Opuscula pathologica. Dubium veró, non est*, dit ce savant anatomiste, *quin potuerit in ejusmodi puellâ, fieri conceptus post conceptum, atque adeó superfetatio perfecta locum habere.*

Les deux observations qui nous restent à présenter sur cette matière ont été communiquées à l'Académie, et nous les devons à l'attention de nos confrères, également occupés de l'exercice et du progrès de l'art.

XIV.e *Fait.* Une fille de 28 ans, morte à l'hôpital de la Salpétrière, fut portée à l'amphithéâtre. M. Martin, alors gagnant maîtrise, occupé de la démonstration des parties de la génération, trouva à cette fille l'hymen d'une consistance plus ferme qu'il ne l'est ordinairement. Cette membrane présentait une double ouverture séparée par

une bride. C'était l'orifice de deux vagins parallèles, contigus, et ayant la structure naturelle. La matrice formait deux cavités correspondantes chacune par un orifice particulier au fond de chaque vagin. C'est, sur un adulte, la même conformation que Littre a trouvée sur un enfant de deux mois. L'observation de M. Martin a été lue à l'Académie, à la séance du 5 mars 1772.

Le fait suivant, le 15.e de ceux qui sont recueillis dans ce mémoire, est dû à MM. Bertholet père et fils, membres de l'Académie. Ils lui en ont fait part le 5 juillet 1781.

XV.e *Fait.* L'épouse d'un marchand mercier mourut le 2 de ce mois au 8.e jour d'une fluxion de poitrine. L'ouverture du corps fut faite pour examiner le siège et les effets de la maladie. Cette dame se plaignait depuis cinq ou six ans de quelques incommodités à la matrice. Elle avait toujours été bien réglée, et n'avait jamais eu de maladie caractérisée que celle dont elle venait de mourir.

MM. Bertholet voulant examiner la matrice, en trouvèrent deux bien distinctes placées entre la vessie et le rectum dans le petit bassin, l'une à droite, l'autre à gauche; avec un col commun, et un seul museau de tanche, protubérant, comme dans l'état naturel, au fond d'un vagin unique.

La matrice droite était un peu plus volumineuse que la gauche, sa substance plus spongieuse, et sa capacité plus grande. Les observateurs attribuent judicieusement cette différence à la conception et gestation dans la matrice droite, du seul enfant qu'avait eu cette dame dix ans auparavant, et dont elle avait été délivrée heureusement.

Voilà donc un exemple de grossesse venue à bien dans une femme à double matrice; c'est une circonstance à remarquer; la comparaison des divers faits induit à distinguer la différence qu'il y a entre les matrices doubles et les matrices à deux cavités, formées, comme on l'a fait voir, par le simple adossement des deux ventricules contigus,

produisant une cloison médiastine. L'une des doubles matrices, fécondée, dans l'observation de Dionis, a souffert une rupture funeste au sixième mois. Les quatorze grossesses de la perruquière de Nancy ont été terminées par autant d'avortemens. Des soins attentifs pour calmer la pétulance de cette femme, un bon régime, le repos et les saignées suivant le besoin pour diminuer raisonnablement la pléthore sanguine, auraient pu rendre ses grossesses plus heureuses, comme l'a été naturellement celle de la marchande mercière de Paris.

Je ne me suis proposé, en recueillant les faits que j'ai pu rassembler sur les conformations irrégulières de la matrice, que d'éviter la peine de cette recherche à ceux qui pourront en tirer quelque fruit pour le bien de l'humanité et les progrès de l'art, suivant le vœu de Dionis et de Fontenelle (1).

---

(1) Je joins ici, en note, une observation de Louis que je trouve dans un procès-verbal d'une séance de l'Académie royale de Chirurgie, procès-verbal rédigé par lui et écrit de sa main. D.

« M. Louis a fait voir à l'Académie, le 1.er février, la matrice d'un enfant nouveau-né d'une conformation particulière; elle était conique; elle avait un pouce et demi de l'orifice au fond; la partie antérieure un demi-pouce de diamètre, et le fond pas plus de deux lignes. Les ovaires, adhérents latéralement à la base du cône, avaient douze lignes.

La matrice, divisée antérieurement en deux cavités par une ligne ou crête de substance homogène avec le corps de l'organe; cette crête ne formait pas cependant une cloison, elle n'était à la partie inférieure que comme une ligne saillante.

Cette configuration ne doit pas être regardée comme capable de causer la stérilité, puisqu'il y a toutes les parties nécessaires à la génération; mais il y a apparence que la matrice, qui doit s'étendre considérablement, serait exposée à une rupture dans la distension extrême qu'elle doit souffrir; mais la position des ovaires, et l'absence des trompes fait présumer que cette conformation doit rendre stérile. »

Observations et réflexions sur trente-deux cas de névralgie frontale, recueillis dans l'espace de quinze mois à Bergerac (Dordogne), par le docteur Rennes, *médecin des épidémies.*

La névralgie faciale n'est pas une maladie des plus communes. Elle est toujours sporadique, ou du moins elle n'a pas été décrite, que je sache, comme épidémique. Trente-deux cas de névralgie frontale, observés du 1.er octobre 1834 au 31 décembre 1835, dans ma seule clientelle, en dehors des hôpitaux et des établissemens publics, dans un temps d'ailleurs très-peu fertile en malades, m'ont paru chose assez rare pour en faire le sujet de quelques remarques.

Mes observations pourront trouver place dans ce recueil, à la suite d'un mémoire du docteur C. F. Bellingeri, sur les névralgies de la face, dont l'analyse très-bien faite a été insérée aux *Archives générales de médecine* du mois de septembre 1834. Cette analyse, à laquelle je renvoie, fournira des termes de comparaison, et permettra de se mieux fixer sur les particularités de la maladie que j'ai rencontrée dans ces quinze mois, un nombre de fois plus considérable que tous les cas réunis que j'avais observés jusqu'alors, soit en ville, soit dans les hôpitaux militaires du premier ordre auxquels j'ai été attaché pendant quinze ans.

Le mémoire du docteur Bellingeri renferme le résultat de ses observations pendant quatorze années qu'il a exercé la médecine à Turin. Pendant ce temps il a eu à traiter 5,612 malades, parmi lesquels il s'en trouve 40 qui étaient affectés de névralgies des divers rameaux de la cinquième ou de la septième paire. Les circonstances dans lesquelles je me suis trouvé depuis dix-huit mois, ont été beaucoup

plus favorables à l'observation de cette maladie, puisque je l'ai rencontrée trente-deux fois du 1.er octobre 1834 au 1.er janvier 1836, sur un peu moins de quatre cents cinquante malades que j'ai eu à traiter pendant ce temps, ce qui établit une proportion de 1 sur 15 environ; au lieu de 1 sur 140 que donnent les observations du médecin italien.

A quoi peut tenir cette grande fréquence de la maladie? à des circonstances locales? Non; la maladie avait été jusque-là fort peu observée dans nos contrées. Les causes qui l'ont produite ont dû avoir une influence plus générale, car elle s'est manifestée dans l'arrondissement médical de Bergerac. Mes confrères de la ville et des lieux environnans en ont été frappés comme moi, et je me rappelle fort bien qu'en janvier 1835, le *Bulletin de thérapeutique* signalait les névralgies de la face comme étant, à cette époque, une des maladies les plus communes dans la capitale. Les circonstances atmosphériques n'ont offert de bien tranché que des variations fréquentes de la température, et une certaine anomalie dans la succession des saisons. Ces circonstances sont suffisantes sans doute, puisque les névralgies en général sont plus communes au printemps et en automne, par suite des vicissitudes plus fréquentes de l'atmosphère, et que l'hiver et l'été de 1835 participèrent beaucoup de l'irrégularité des deux autres saisons. Ce fut, en effet, à des transitions de ce genre que la plupart de nos malades attribuèrent le développement de leur maladie; tantôt c'était un vent froid et piquant; d'autres fois c'était un courant d'air ou un refroidissement subit par la pluie. La saison qui en donna le plus fut l'hiver, puis l'automne et le printemps: l'été en offrit un peu moins.

Les névralgies de la face n'étaient pas les seules qu'on observât alors. La généralité des maladies participait du caractère névropathique. La constitution médicale paraissait empreinte de ce caractère. Les douleurs rhumatismales

étaient des plus communes, et se terminaient quelquefois par une névralgie bien caractérisée. Ainsi j'ai vu la névralgie faciale succéder à la gastralgie, ou alterner avec la sciatique. Les phénomènes nerveux étaient prédominans dans le petit nombre de maladies aiguës que l'année 1835 a fourni. Une épidémie de coqueluche a coïncidé pendant cinq mois avec le règne des névralgies, et les diarrhées qui survinrent en été participèrent du caractère nerveux de la cholérine.

Quant aux individualités susceptibles de favoriser le développement de la névralgie frontale, l'influence de l'âge ne m'a pas semblé aussi spéciale qu'on le dit généralement. Bellingeri en particulier, appuyé sur ses observations, restreint cette maladie à l'âge adulte. Tous ses malades avaient passé quarante ans, à l'exception de deux frères, l'un de 25 ans et l'autre de 30. Pour moi, je l'ai observée surtout chez des sujets de 20 à 35 ans; je l'ai rencontrée six fois chez des personnes au-dessus de cet âge, et une seule fois chez un enfant de 12 ans, atteint d'un rhumatisme articulaire aigu, où la névralgie frontale ne fut, en quelque sorte, qu'un épiphénomène.

Le tempérament sanguin et nerveux m'a toujours paru prédominer chez les individus atteints de névralgie frontale. Je ne l'ai vue que rarement sous l'influence de l'estomac. Les évacuans, par cette raison, n'ont été que fort peu employés et ne m'ont guère réussi, lorsque j'ai été dans le cas d'en faire usage. La saignée était beaucoup plus généralement indiquée. Très-souvent j'y ai eu recours dès le début; mais la saignée seule n'a jamais guéri les personnes même qu'elle avait soulagées autrefois. L'élément nerveux était toujours prédominant : c'était lui qu'il s'agissait de combattre pour triompher de la maladie.

Deux fois sur trois, dans les cas que j'ai recueillis, ce sont des femmes qui ont été atteintes. Le plus grand nombre de ceux qui ont réclamé mes soins étaient des céliba-

taires. On s'en rend facilement compte chez les femmes surtout, où la matrice joue certainement un grand rôle dans la production de cette maladie. Plusieurs des jeunes filles que j'ai traitées étaient réglées fort irrégulièrement; quelques-unes étaient complétement chlorotiques. Chez une jeune dame, au contraire, qui en avait été précédemment atteinte, la névralgie se reproduisait à la suite de l'exagération de l'évacuation périodique, lorsque l'hémorrhagie l'avait jetée dans un état en quelque sorte anémique.

La différence des professions n'a eu aucune influence sur le développement de la maladie. Toutes les classes de la société en ont été atteintes. J'ai même traité plus de pauvres que de riches. Parmi les premiers, il y avait des jardiniers, des cultivateurs et des servantes adonnées aux travaux les plus pénibles du ménage. C'était cependant parmi les cuisinières que je remarquais plus particulièrement cette affection. Dans une classe élevée, j'ai eu à traiter presque en même temps le mari et la femme atteints l'un et l'autre de névralgie frontale; tandis que madame la baronne Malouet, leur tante, résidant avec eux dans une campagne parfaitement située, éprouvait quotidiennement une névralgie analogue, dont le siége était d'abord au col, puis au bras gauche, puis au côté correspondant de la poitrine; laquelle se dissipa à la suite de plusieurs laxatifs nécessités par la coexistence d'une affection dothinentérique assez grave. Dans une autre maison j'avais eu occasion de traiter à la fois le frère et la sœur, atteints l'un et l'autre de névralgie faciale.

La symptomatologie de la névralgie faciale gagnera peu au travail que j'ai entrepris. Je n'aurai guère rien à ajouter, d'après mon expérience propre, aux descriptions qu'on en trouve dans les auteurs. La maladie que j'ai observée, d'une manière en quelque sorte épidémique (quoique ce mot s'accorde peu avec l'idée qu'on s'est faite jusqu'à présent des névralgies), se distinguait plutôt par sa marche que par ses

symptômes. Elle avait principalement son siége dans le rameau frontal de la cinquième paire. Les nerfs de la septième paire en furent atteints : la branche orbito-frontale du nerf facial était dans ce cas le siége de la névralgie. Quel que fut le nerf malade, la douleur se prononçait tantôt à droite, tantôt à gauche, mais le plus souvent à droite. Quelquefois la névralgie était double, c'est-à-dire qu'elle existait des deux côtés à la fois, mais jamais au même degré. Dans quelques circonstances elle commençait d'un côté, puis se portait brusquement du côté opposé.

La douleur vive, insupportable, qui caractérise la névralgie frontale, me la faisait promptement distinguer de la céphalalgie fébrile, avec laquelle la plupart des malades s'obstinaient à la confondre; tant ils avaient peu l'idée de ce genre d'affection, jusqu'alors très-peu commun dans la localité. L'erreur leur était d'autant plus permise que, dans la moitié des cas, la névralgie ne se présentait pas d'abord d'une manière franche, avec les symptômes qui lui sont propres, et qu'elle se reproduisait par accès. Maintes fois elle a été précédée d'une affection différente, dont elle était comme la crise ou la terminaison. Dans d'autres cas elle a marché de pair avec une affection catarrhale, comme le coryza ou la bronchite; avec une maladie plus grave, comme la fièvre cérébrale, la dothinentérie, le rhumatisme articulaire, etc. La concommittance de ces affections pouvait d'abord donner le change sur le caractère spécial de la douleur; mais celle-ci tardait peu à se dessiner d'une manière qui ne permettait pas d'hésitation. Souvent obtuse au début ou étendue à une large partie de la tête, elle se localisait un peu plus tard et dessinait le trajet du nerf par les élancemens les plus douloureux.

La douleur, ainsi qu'il arrive dans les névralgies, ne se maintenait pas toujours au même degré. Elle avait des intermittences ou des rémittences plus ou moins régulières et était accompagnée, pour peu qu'elle fût vive, d'un véri-

table état fébrile, qui commençait quelquefois par le frisson et se terminait par des sueurs en général peu prononcées. La douleur allait en augmentant jusque vers le milieu de l'accès, ou bien elle débutait de la manière la plus vive et allait ensuite en diminuant. La durée des accès n'avait rien de fixe, mais ils ne duraient pas plus de vingt-quatre heures. Ils revenaient chaque jour, à peu près à la même heure, plus souvent le matin que le soir. Je les ai toujours vus affecter le type quotidien ou double tierce, à l'exception d'une seule fois que le type tierce fut bien constaté.

La forme intermittente n'était pas toujours apparente dès l'origine de la maladie, et les retours de la douleur n'étaient pas alors régulièrement périodiques. Les accès ne présentaient pas en général, dans les premiers jours, l'intensité et la régularité qui les faisaient distinguer un peu plus tard. Tant que la douleur était faible ou diffuse, elle était presque continue. Ainsi dans un cas, chez le procureur du roi, jeune magistrat d'un tempérament sanguin très-prononcé, une fièvre forte, un pouls plein, la soif, l'anorexie, les vomissemens et un léger délire, qu'accompagnait une céphalalgie gravative étendue à toute la partie antérieure du front, donnèrent lieu de penser qu'on avait à traiter une gastro-céphalite aiguë du genre de celles qu'on appelle fièvres cérébrales. Deux saignées copieuses, pratiquées le premier et le second jour, parurent amener quelques heures après un amendement dans les symptômes. Quelques sueurs s'établissaient alors; mais elles étaient de peu de durée. Le redoublement de la fièvre et de la céphalalgie, qui avait lieu deux fois le jour à des heures peu régulières, ramenait vers l'emploi de nouvelles émissions sanguines. Une légère diarrhée bilieuse, qui se manifesta le troisième jour, fut favorisée par l'administration d'un purgatif salin. Le quatrième jour, nouvel accès vers midi; la douleur de tête se concentra du côté droit, vers la partie antérieure du pavillon de l'oreille et prit le caractère d'élancemens très-vifs : elle re-

doubla le soir avec irradiations dans toute la tempe du même côté. Des sueurs assez copieuses au déclin de l'accès manifestèrent de plus en plus le caractère de la maladie. Le sulfate de quinine uni à l'opium modifia la névralgie dès la première dose. Toutefois il fallut insister sur ce traitement pour détruire complétement la fièvre qui se reproduisait, sous le type double-tierce, avec une certaine opiniâtreté.

La névralgie frontale dans ce cas avait fait croire à l'existence d'une maladie beaucoup plus grave. Dans une autre circonstance, je fus appelé en consultation par un de mes confrères du canton de Laforce, à l'occasion d'un jeune homme de 28 ans, lequel avait été précédemment atteint d'une névralgie frontale. La névralgie avait cédé depuis six jours seulement, lorque le malade fut pris d'une fièvre quotidienne pernicieuse cérébrale, qui l'emporta au troisième accès, malgré l'administration en temps opportun d'une dose assez considérable de quinine et une médication secondaire appropriée à la nature des accidens cérébraux.

Si l'on en croit Bellingeri, les accès de névralgie faciale ne sont jamais périodiques dès le début. J'ai pourtant observé le contraire. Cela tient peut-être au caractère d'intermittence plus prononcé des névralgies que j'ai observées. Le même auteur établit d'une manière générale que les accès se développent toujours avant midi. Je les ai vus pourtant se développer plusieurs fois après le milieu du jour, sur le soir ou dans la nuit. Cela tient peut-être encore à ce que la maladie que j'observais n'était autre chose qu'une épidémie de fièvres intermittentes, déguisées sous la forme de névralgies.

L'opinion que ces névralgies intermittentes ou rémittentes étaient de véritables *fièvres larvées*, peut être appuyée sur de nombreuses considérations. Il est assez remarquable en effet que pendant le règne des névralgies, les fièvres intermittentes vraies, qui sont d'ordinaire très-communes dans l'arrondissement de Bergerac, malgré la parfaite exposi-

tion du pays et l'absence de toute espèce d'eaux stagnantes; il est assez remarquable, dis-je, que les fièvres intermittentes se sont montrées bien moins fréquemment que les années précédentes et que les névralgies en ont tenu la place, pour ainsi dire. De même qu'avant 1835 nous avions l'habitude de voir arriver presque constamment quelques accès de fièvre intermittente, pendant le cours ou au déclin des maladies aiguës graves : ce qui conduisait tôt ou tard à l'administration en quelque sorte empirique du sulfate de quinine; de même nous avons vu la névralgie frontale succéder à un certain nombre de maladies plus ou moins graves, dont le début avait absorbé toute l'attention du médecin, et il a fallu démêler de bonne heure, à travers les autres symptômes, ce qui pouvait appartenir à la névralgie, afin d'attaquer cette complication par des moyens appropriés.

La nature du traitement qui a constamment réussi, vient aussi à l'appui de l'opinion que nous avons émise. Il semblait tellement que l'intermittence fût l'élément essentiel de la névralgie, que les premiers accès, combattus par la saignée ou les sangsues, par l'opium ou la belladone, ne cédaient en aucune façon ou n'étaient que faiblement modifiés. Il fallait de toute nécessité recourir à l'adjonction du sulfate de quinine. Alors le succès était certain : un ou deux jours de l'usage de l'antipériodique, associé aux narcotiques, ont presque toujours suffi à la guérison. Le malade, torturé la veille par les plus cruelles souffrances, était tout étonné de s'en trouver délivré le lendemain; ou, si l'accès reparaissait, il était fort diminué et se dissipait complétement à la seconde administration du médicament.

Le moyen puissant que nous avons trouvé de faire taire les douleurs atroces de la névralgie frontale et la promptitude que nous avons mise à en faire usage, ne nous ont pas permis d'apprécier exactement la durée naturelle de la maladie. Nous pouvons cependant citer deux cas où la né-

vralgie intermittente, combattue au début par l'application des sangsues et du vésicatoire s'est dissipée ensuite comme d'elle-même au onzième ou douzième jour. Une autre fois chez une jardinière, extrêmement forte et pléthorique, dont les accès revenaient régulièrement chaque matin à neuf heures, les pillules de quinine et de belladone employées de prime abord, à une dose trop faible sans doute pour la constitution du sujet, avaient échoué deux jours de suite. Je me proposais d'y revenir une troisième fois, après avoir pratiqué une large saignée du bras, et d'en proportionner la dose à l'intensité et à la longueur des accès, qui duraient toute la journée. La malade s'y refusa obstinément; elle se fit appliquer un vésicatoire au bras, qui n'eut pas plus de succès que la saignée. La névralgie abandonnée dès lors à la nature, ne disparut qu'après quinze jours des plus cruelles douleurs. Cette durée, comme on voit, n'a rien de commun avec la marche chronique de certaines névralgies faciales que j'avais moi-même observées à des époques antérieures. Celles-là ne se sont jamais montrées, que je sache, d'une manière en quelque sorte épidémique, comme les névralgies dont j'ai fait l'histoire.

Les récidives sont chose assez communes dans les maladies nerveuses en général. Elles ne sont pas rares dans la névralgie frontale. Cependant sur tente-deux faits dont je présente ici le résumé, je n'en ai observé qu'une seule à huit mois d'intervalle. Quelques-unes des personnes que j'ai visitées, y avaient été sujettes antérieurement; mais je ne parle ici que de ce qui s'est passé pendant le cours de mes observations. Il est à remarquer que deux de ces personnes, qui avaient été guéries autrefois par les seules évacuations sanguines, n'ont pu l'être en 1835 que par le traitement approprié à la marche intermittente de la maladie.

Mon intention n'est pas de m'appesantir sur la partie thérapeutique de mon sujet. Le traitement que j'ai mis en usage a été trop uniforme pour que j'aie beaucoup à dire sur cette

matière. Je l'ai modifié sans doute selon les causes ou la nature de l'affection, et aussi suivant le tempérament des individus. Cependant les préparations de quinine associée aux narcotiques, particulièrement à la belladone, en ont formé la base. Si l'accès qui suivait l'administration du remède n'était pas emporté, il était réduit à une douleur obtuse, à une espèce de fièvre locale qui manifestait l'influence du remède et le caractère de la maladie, mieux que n'aurait pu faire la disparition brusque de la névralgie. J'ai observé que, réduite à ce point, on pouvait cesser l'emploi de tout médicament, et que la maladie cédait, à l'accès suivant, soit par la décroissance naturelle du mal, soit par la prolongation des effets du remède.

Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai déjà dit de la saignée. J'ai une remarque à faire relativement aux vomitifs et aux purgatifs. Non seulement ils ne m'ont pas réussi; mais j'ai pu constater que leur action évacuante est fréquemment paralysée par l'existence même de la névralgie. Cette observation s'applique surtout aux purgatifs. Un médecin de cette ville éprouva dans sa jeunesse une névralgie frontale qui le prenait chaque matin à sept heures et ne finissait que le soir à la même heure. Son père était médecin; il prit l'avis de tous ses confrères. On l'émétisa, on lui fit prendre sans résultat avantageux de fortes doses de quinquina. On essaya des purgatifs à plusieurs reprises et toujours en augmentant la dose ou l'énergie des moyens, sans pouvoir obtenir la plus petite évacuation, tant que la névralgie subsista. Une application de sangsues au cou ayant fait disparaître la névralgie après une quinzaine de jours de souffrance, on tenta de nouveau l'emploi d'un purgatif, qui eut cette fois un entier résultat.

Je n'ai pas été dans le cas d'avoir recours à l'usage de la morphine par la méthode endermique, ainsi que je l'avais fait précédemment avec quelque succès dans des névralgies de la face dont la marche était exempte de toute

périodicité. Une fois seulement j'ai fait appliquer sur le derme mis à nu de la tempe du côté affecté, un petit emplâtre d'opium et de belladone. Cet emplâtre m'a quelquefois réussi pour modérer la douleur pendant l'accès, appliqué simplement sur le trajet du nerf malade, sans enlèvement préalable de l'épiderme. Dans le cas que je cite il n'eut pas un effet plus durable. Je fus obligé d'employer la quinine, que je redoutais pour la malade, et qui, plus est, de l'associer au carbonate de fer, pour triompher de la maladie. C'était chez une jeune dame délicate et nerveuse : la névralgie frontale avait succédé à des veilles opiniâtres, à un chagrin prolongé et à des évacuations menstruelles exagérées. Il semblait que dans ce cas l'anémie, dont la malade offrait tous les symptômes, fût la cause de la névralgie. Elle en avait déjà été atteinte deux ans auparavant, à la suite également d'une menstruation trop abondante : un traitement analogue conseillé par le docteur Bretonneau, de Tours, lui avait parfaitement réussi.

Pour modérer la douleur pendant l'accès, pour diminuer la fluxion et le larmoiement qui souvent accompagnent la névralgie frontale ou surcillère, je me suis bien trouvé de l'application topique d'une forte solution de l'extrait de belladone. Jamais la compression du nerf n'a calmé la névralgie en quelques secondes, comme l'a prétendu un médecin voulant concourir au prix Monthyon pour cette découverte. C'est à peine si la compression a modifié avantageusement la douleur pendant qu'on l'exerçait. Les applications froides et le galvanisme ont eu des effets plus réels. Toutefois ces moyens n'ont jamais rien eu de curatif.

Les révulsifs cutanés sont particulièrement indiqués par l'origine rhumatismale de la névralgie. J'avais eu occasion de les employer précédemment avec succès dans des névralgies à marche chronique, en quelque sorte; mais je n'ai guère eu le temps d'en observer l'effet dans l'épidémie que j'ai décrite, tant les guérisons par l'antipériodique étaient sûres et rapides.

J'aurais pu corroborer mes assertions par un plus grand nombre d'observations détaillées. Je me suis contenté de les rédiger pour mon compte, et d'en présenter le résumé. Cette méthode fatigue moins l'attention et convient au praticien. Je partage d'ailleurs l'avis de M. Sandras : « Quand un auteur estimable dit en abrégé ce qu'il a vu, il en apprend tout autant que quand il le rapporte en détail ; et il est tout aussi facile pour un menteur d'inventer des observations que des préceptes généraux fondés sur l'observation. »

A l'époque où j'écris, le règne des névralgies frontales n'a pas encore cessé, et leur caractère intermittent est toujours le même. On les observe pourtant un peu moins communément.

Sur l'hypertrophie du cœur considérée comme cause de l'apoplexie, et sur le système de Gall ; Mémoire lu à l'Académie royale de Médecine, le 19 *avril* 1836, *par* J. A. Rochoux, *médecin de l'hospice de la Vieillesse* (*hommes*), *etc.*

La satisfaction que l'on goûte à connaître les causes, est assurément un des plus puissans motifs qui aient porté l'homme à cultiver les sciences et soutenu la persévérance de ses études. Elle a fait dire, avec l'accent d'une véritable conviction, à un poète de l'antiquité, et alors les poètes étaient tous des savans : *Felix qui potuit rerum cognoscere causas.* Mais comme ici-bas tout doit être chèrement payé, les difficultés inhérentes aux recherches de causalité sont les plus grandes de celles qu'il nous soit possible de surmonter. Ainsi rien d'étonnant si, dominés par un désir irrésistible de connaître les causes, et arrêtés en même temps par les obstacles que présente leur étude, les hommes se sont presque toujours laissé séduire par de trom-

penses apparences, et ont si souvent tourné le dos à la vérité en croyant marcher vers elle. Delà ces explications, ces systèmes futiles que les sciences ont vu naître et mourir par milliers, et qui, pour la plupart, ont eu pour résultat de retarder la découverte des véritables causes.

Elle ne peut se trouver que dans une étude approfondie des faits, c'est-à-dire, de tous les phénomènes apparens, et, dans beaucoup de sciences, ce commencement, cette base de l'édifice est encore à élever. En médecine surtout, on a négligé cette œuvre préliminaire indispensable, pour se perdre dans une chimère d'étiologie dont notre art est encore bien loin d'être débarrassé. Vous en serez sans doute convaincus, Messieurs, par l'appréciation que nous allons tenter sous vos yeux, d'une des causes de l'apoplexie à laquelle on a, dans ces derniers temps, accordé la plus grande importance. Cette cause est l'hypertrophie du cœur, dont l'influence a été admise avec un empressement, une sorte d'engouement que la vérité fait rarement naître ; car

> L'homme est de glace aux vérités,
> Il est de feu pour le mensonge.

Ce n'est pas à dire pour cela que la vérité soit toujours repoussée quand elle apparaît pour la première fois, et qu'une opinion favorablement accueillie de prime-abord, soit toujours plus ou moins empreinte d'erreur. Mais quand on voit une idée se répandre avec rapidité, recevoir une approbation unanime, capter, enlever les suffrages, il y a fort à parier qu'elle ne réalisera pas, à l'examen, les espérances nées de ce brillant début. Par conséquent, nous ne regardons pas comme une présomption en faveur de l'influence de l'hypertrophie du cœur, le rôle important que chacun s'est empressé de lui attribuer, dès l'instant où l'on a commencé à lui donner rang parmi les causes de l'apoplexie.

En entrant en matière sur ce sujet, et pour éviter toute

méprise, toute espèce de mal-entendu sur un point capital de la discussion, je définirai l'apoplexie *une hémorrhagie par rupture, suite d'une altération du tissu propre de l'encéphale* (1).

Plus d'une personne, sans doute, trouvera qu'il est inconvenant d'appliquer une définition puisée dans l'anatomie pathologique, à une affection qu'on a, jusque dans ces derniers temps, placée parmi les névroses (2). Dans cette supposition, je dois compte des motifs qui m'ont déterminé à abandonner la route suivie depuis long-temps par les médecins.

On peut, suivant les cas, définir les maladies d'une des trois manières suivantes : 1.° par la cause; 2.° par les symptômes; 3.° par les lésions anatomiques. Par conséquent, les maladies dont la cause est évidente, tireront delà leur définition; exemple, la rage, la variole, la gale, la syphilis, et toute la nombreuse famille des empoisonnemens (3). Les maladies qui semblent indépendantes de toute lésion appréciable des organes, devront nécessairement être définies par leurs symptômes, et c'est aussi ce qui a lieu à l'égard du tétanos, de la manie, de l'hystérie, de l'hypochondrie, de l'épilepsie, etc. Mais toutes les fois qu'il est possible de rapporter à des lésions physiques facilement appréciables, la production des symptômes d'une maladie, on ne va pas chercher ailleurs sa définition. Les noms imposés à toutes les phlegmasies et à la nombreuse famille des lésions dites organiques en sont la preuve.

Une définition anatomico-pathologique est incontestablement préférable à une définition fondée sur un groupe de symptômes formé avec plus ou moins de discernement,

(1) J. A. Rochoux, *Recherches sur l'apoplexie*, etc., 2.e édition, p. 159.

(2) Pinel, *Nosographie philosoph.*, tom. III, p. 55. — Chomel, *Nouv. Dict. de Méd.*, tom. I.er, p. 164.

(3) Orfila, *Traité de Médecine-légale*, tome III.

véritable pis-aller, sorte de provisoire à n'employer que faute de mieux. Voilà pourquoi j'ai emprunté à l'anatomie, une définition dont le sens très-précis et très-restreint coupe court à cette foule d'assertions contradictoires qui pourraient presque toutes être soutenues avec une égale apparence de raison, si, comme par le passé, on continuait à définir l'apoplexie par les symptômes (1). Heureusement cela cesse d'être à craindre pour quiconque suit avec attention la marche des idées dans l'étude des maladies cérébrales. Je n'en voudrais d'autre preuve, s'il fallait défendre cette thèse, que le cinquième volume de *la Clinique* de M. Andral, dans lequel les maladies de l'encéphale sont toutes nommées par le genre et la nature des lésions qui les ont produites (2). Au reste, quoique les principes de nomenclature dont je viens de dire un mot, soient, par le fait, suivis à-peu-près unanimement par les médecins de l'école de Paris, aucun d'eux ne les a développés d'une manière dogmatique. En conséquence, il a pu m'être permis de m'y arrêter un instant, et peut-être pourrai-je encore y

(1) Dans un article où le blâme ne m'est pas épargné, M. Broussais prétend que j'ai donné pour *caractère essentiel* à l'apoplexie de se produire subitement. (*Examen des doctrines*, etc., 3.me édition, tome IV, page 610). Il me reproche ensuite de maintenir avec obstination *mon entité*, à laquelle il m'a été impossible d'assigner, d'après les symptômes, des caractères fixes et constans. (*Op. cit.*, p. 617). Mais j'en demande pardon à l'illustre réformateur; ma définition ou le caractère essentiel de l'apoplexie repose sur l'anatomie et non sur la symptomatologie. Mon entité n'est pas imaginaire: c'est un être fort réel, une lésion anatomique des plus tranchées, qui n'a rien non plus à démêler avec les symptômes.

Quand M. Broussais aura reconnu ces faits, il s'apercevra aisément que sa critique s'adresse à une manière de voir fort différente de la mienne. En attendant, je crois les avoir suffisamment réfutées par cette simple réflexion.

(2) *Clinique médicale*, deuxième édition, tome V.

ajouter une remarque naturellement appelée par mon sujet.

Dès l'origine de la science, les hommes qui se sont piqués de mettre de l'exactitude dans leur pensée, ont fortement insisté sur l'indispensable nécessité de définir les mots d'une manière précise et nette. De nos jours on ne manque guère encore d'approuver ce précepte en théorie, mais dans l'application on s'y renferme fort peu. Peut-être en faut-il chercher la raison dans l'abus ridicule qu'aux temps de la scholastique on a fait des définitions, et dans les subtilités puériles qui en sont nées. Mais l'abus d'une chose n'ôte rien à son mérite, et plus que jamais il importe d'en revenir à la manière de faire de nos premiers maîtres. L'immensité de nos acquisitions scientifiques rend plus que jamais nécessaire une rigoureuse définition des signes de nos idées. Elle seule peut dissiper le vague dont la médecine a tant de peine à se défendre. En attendant, la définition à laquelle je me suis arrêté le bannit à coup sûr de la discussion actuelle, une déchirure spontanée du tissu de l'encéphale étant un genre de lésion qui, anatomiquement parlant, ne peut être confondue avec aucun autre.

Au premier coup-d'œil, le fait d'une solution de continuité dans le tissu du cerveau semble le résultat tout naturel d'une action extérieure exercée sur cet organe, et appuyer pleinement l'opinion de ceux qui regardent sa déchirure comme pouvant très-aisément être produite par la violence avec laquelle le cœur pousse le sang, dans certains cas. Un premier moyen de résoudre cette question se trouve dans les considérations suivantes, empruntées aux données les moins contestables de la physiologie.

Généralement on est porté à regarder les vaisseaux du corps humain, gros ou petits, comme très-disposés à céder aux efforts du sang contre leurs parois, et à se rompre pour peu que la force d'impulsion imprimée par le cœur

se trouve augmentée. Mais il y a loin de cette manière de voir à la réalité. En effet, si ces vaisseaux avaient la fragilité qu'on leur suppose, notre vie, déjà si précaire, ne serait pas possible. Pour sa persistance, il faut au contraire qu'ils possèdent une force de résistance deux ou trois fois supérieure à l'énergie des efforts qu'ils ont à supporter. Certes, la nature ne met pas moins de prévoyance dans ses œuvres que nous dans les nôtres ; et quand nos armes à feu, nos ponts, etc., sont calculés pour résister à des efforts beaucoup au-dessus de ceux qu'ils sont destinés à supporter, nous ne devons pas croire que les canaux circulatoires soient dans des conditions moins favorables, eux, dont les fonctions aussi importantes que celles de l'innervation, et intimement liées avec celle-ci, ne pourraient s'arrêter un seul instant sans causer immédiatement la mort. En outre, la force relative des vaisseaux augmente à mesure qu'en se divisant, ils deviennent de plus en plus déliés. Aussi les ruptures produites par la force d'impulsion du sang sont-elles moins à craindre dans les capillaires que dans les branches, et surtout que dans les gros troncs. Si donc l'effort du sang contre les parois des vaisseaux de l'encéphale, était, comme on le suppose, capable de produire l'hémorrhagie apoplectique, il amènerait la rupture des gros vaisseaux, au lieu de la déchirure du tissu même de l'organe et de ses capillaires, et la fréquence de l'apoplexie, comme nous l'avons définie, ferait place à la fréquence des ruptures artérielles. Leur rareté offre un nouvel appui à notre opinion, qui n'en trouve pas un moindre dans l'observation de la manière dont se fait la circulation cérébrale.

Une quantité énorme de sang arrive au cerveau sans qu'il en reste un seul atôme dans le tissu de cet organe, rangé à cause de cela, par les anciens, au nombre des parties qu'ils appelaient froides : *cerebrum frigidum*, ont-ils dit. Ce mode de circulation est évidemment destiné

à exercer sur la pulpe nerveuse une excitation analogue à l'action de l'acide sur les plaques d'une pile galvanique, et à développer ainsi l'important phénomène de l'innervation. Et comme sous peine des plus grands troubles (1) il doit se continuer avec une régularité, une égalité constamment soutenues, toutes les conditions nécessaires à amener ce résultat doivent également se trouver dans la manière dont se fait la circulation. Ainsi on voit les nombreuses artères qui portent le sang à l'encéphale, se diviser, se ramifier dans le réseau de la pie-mère, de telle sorte, qu'à part les quelques artérioles qui traversent les corps striés, il n'arrive à tout le reste de la pulpe nerveuse que des capillaires très ténus. Delà ce cours uniforme et égal du sang, que presque tous les physiologistes se plaisent à reconnaître, et dont on trouve la preuve incontestable dans les expériences qui ont porté Monro et Kellie à conclure, que de tous les organes du corps humain, le cerveau est celui dans lequel la circulation s'opère avec le plus de régularité (2). Mais bien que la majorité des médecins admettent l'exactitude et la vérité de tous ces faits, ils cessent d'y avoir égard dès qu'il s'agit de pathologie, comme si dans l'état de maladie la nature suivait d'autres lois que dans l'état de santé. Nous aurons au contraire la preuve de l'invariabilité de sa marche, si nous voulons jeter un coup-d'œil sur quelques-uns de ces cas où l'on pourrait croire qu'elle s'en écarte.

Rien au premier abord ne semble plus propre à troubler

(1) Quand on réfléchit qu'un simple dérangement dans la circulation encéphalique suffit pour produire le coup de sang dont les symptômes ont, à leur début, une si grande ressemblance avec ceux de l'apoplexie, et suspendent momentanément l'existence, on se convainc aisément que si tout n'était pas disposé dans l'économie de manière à le rendre assez rare, la vie de l'homme déjà si misérable serait insupportable, si elle ne devenait pas impossible.

(2) *Voy.* Harwood, *Dissert. med. inaug.* Edimburgi, 1828, p. 15.

la régularité de la circulation cérébrale, que l'hypertrophie du cœur, et cependant il s'en faut de beaucoup qu'elle amène ce résultat aussi souvent qu'on est porté à le croire. Déjà M. Lallemand, tout en accordant une large part à l'influence du cœur sur la circulation cérébrale, a fait remarquer que, quand il existe un rétrécissement de l'orifice aortique, circonstance si fréquente dans l'anévrysme actif du ventricule gauche, l'action accrue du cœur devient véritablement nulle sur le cerveau (1). Il en doit être encore de même pour la plupart des cas où l'orifice artériel conserve ses dimensions normales. En effet, s'il y a alors une hypertrophie avec rétrécissement du ventricule, le sang sera bien lancé dans l'aorte avec un excès de force, mais en même temps sa quantité sera diminuée, ce qui établira une sorte de compensation. S'il arrive que la capacité du ventricule et l'épaisseur de ses parois aient tout à-la-fois doublé, comme il agira alors sur une masse de liquide double, il ne la lancera pas avec plus de force qu'un ventricule à l'état sain, agissant sur une quantité de sang moitié moindre. Il faut donc, pour qu'il y ait augmentation notable de la force impulsive du sang, que le cœur gauche augmente d'épaisseur sans éprouver de changement dans sa capacité, ce qui est extrêmement rare. D'où nous pouvons hardiment inférer que, hors les cas de très-grands désordres dans les fonctions de l'organe central de la circulation, le cours du sang à travers le cerveau éprouve très-peu de dérangement, et est surtout bien rarement modifié de manière à exercer un effort notable de dilatation contre les parois des vaisseaux capillaires de cet organe.

L'exactitude de cette manière de voir trouve sa complète confirmation dans l'étude du siège qu'affectent les déchi-

---

(1) *Recherches anatomico-pathol. sur l'encéphale.* Lettre 1.re, p. 44.

rures apoplectiques. Elles montrent, comme on sait, une sorte de prédilection pour la couche optique, et surtout pour le corps strié dont la grande vascularité a été signalée par Morgagni, comme très-propre à amener ce résultat (1). Néanmoins, comme d'autres parties de l'encéphale éprouvent aussi de semblables déchirures, il faut nécessairement reconnaître que des points du cerveau, originairement plus résistans que les corps striés et la couche optique, le sont devenus moins par suite d'une altération dans leur tissu : sans cela, la prétendue impulsion du sang déchirerait toujours les mêmes parties. On s'explique ensuite sans peine la facilité assez grande avec laquelle les foyers apoplectiques parviennent à une cicatrisation dont on ne saurait comment se rendre compte, si l'on admettait qu'ils se fussent effectués sous l'influence de l'action augmentée du cœur; car cette cause continuant toujours à agir, son effet devrait également persister, c'est-à-dire, que l'hémorrhagie ne pourrait manquer de se prolonger au lieu de s'arrêter, comme cela arrive si fréquemment. En supposant au contraire les foyers produits par une lésion locale de tissu, la théorie se trouve parfaitement d'accord avec les faits. Non-seulement elle rend une raison très-satisfaisante de la guérison habituelle de l'apoplexie, mais elle ne permet pas de douter que l'extrême rareté de la guérison dans les plaies de l'encéphale par lésion extérieure, ne tienne à ce que la solution de continuité atteint toujours plus ou moins profondément des parties saines, sans l'aide desquelles la cicatrisation ne peut s'opérer, tandis que dans l'apoplexie c'est la portion d'organe déjà altérée qui supporte à-peu-près seule la solution de continuité. Le tissu resté sain est à peine effleuré, et a, par conséquent, toute facilité pour guérir. Enfin, l'extrême gravité de l'apoplexie chez les vieillards au-dessus de 70 ans, dont tout au plus un sur cinquante, survit à cette affection qui, chez les adultes, n'amène pas la mort

(1) *De sedibus et caus. morb.*, etc. *Epist. anat. med.* III, art. 18.

plus d'une fois sur trois, est un argument incontestable en faveur de l'existence d'une altération antécédente du tissu encéphalique, dont voici maintenant les preuves directes.

Dans ces cas assez rares d'apoplexie mortelle en quelques heures au plus, et où par conséquent on ne saurait admettre que le contact et le séjour du sang aient pu altérer notablement la texture de la pulpe nerveuse, les foyers apoplectiques, examinés de dedans en dehors, présentent les dispositions suivantes : leur surface intérieure, immédiatement en contact avec les caillots de sang est d'un rouge brun foncé, et, tantôt recouverte de lambeaux, de portions déchirées de la même couleur qui flottent dans l'eau au milieu de laquelle on les agite, tantôt paraît comme hérissée de filamens de formes très-variées, fort inégaux, quelquefois semblables à une sorte de gazon, et toujours imprégnés de sang. Tout de suite après, on trouve une couche plus ou moins irrégulière, ayant depuis un quart de ligne jusqu'à deux ou trois lignes d'épaisseur, formée par un ponctué de sang dont les grains sont en général plus rares et plus petits vers l'extérieur. Entre eux, le tissu cérébral est manifestement jaunâtre, et d'une remarquable mollesse. Quand on le regarde à la loupe, on lui trouve un aspect comme lanugineux ou feutré, qui contraste singulièrement avec la compacité qu'on lui découvre partout ailleurs. Enfin, en dehors de cette couche, il en existe assez souvent une autre d'une à deux lignes d'épaisseur, dépourvue de tout ponctué de sang, mais offrant avec la couleur jaunissant, toute la mollesse et la rareté de la seconde couche, et malgré cela, ne se laissant pas plus qu'elle, délayer par un courant d'eau.

Comme l'apoplexie, quand elle est mortelle, se termine assez habituellement du troisième au douzième jour, ceux des médecins qui ont constaté les lésions qui viennent d'être décrites, car tous n'en reconnaissent pas l'existence (1) ont

(1) M. Brichetean (*Journal compl.*, août 1818), et M. Trous-

presque toujours pu les attribuer à un travail inflammatoire succédant à la plaie de l'emcéphale, à une sorte de déchirement opéré par le sang et à son imbibition (1). Mais si pour les cas ordinaire on peut à la rigueur tolérer pareille explication, elle est évidemment incapable de rendre compte des lésions si graves et si variées que ne manque jamais de présenter l'apoplexie la plus promptement mortelle. Dans ces cas où il n'a pu y avoir ni imbibition, ni inflammation, on tenterait envain d'attribuer la profonde dilacération de la substance cérébrale à la brusque irruption du sang échappé par une déchirure, car dans une cavité entièrement remplie comme le crâne, un liquide, quelle que soit la force d'impulsion qu'on lui suppose, est dans l'impossibilité de produire un choc capable de dilacérer le moins résistant de nos tissus. D'ailleurs, lorsque le sang agit physiquement sur le tissu de l'encéphale, ce dont on a de temps en temps des exemples, on peut facilement le reconnaître. Ainsi dans une apoplexie du lobe droit du cervelet que j'ai vue

seau (*Clinique des hôpitaux*, 1829, p. 35), nient l'existence du ramollissement hémorrhagipare, se fondant sur l'absence des symptômes précurseurs. M. Cruveilhier s'étaye du même raisonnement pour n'admettre la *rencontre* de ce ramollissement que dans de très-rares exceptions. (*Dict. de Méd.-prat.*, tome III, p. 211). M. Bouillaud n'y croit dans aucun cas. (*Lancette franç.*, 27 octobre 1831, p. 262). M. Andral pense que, si le ramollissement se développe souvent après l'hémorrhagie, il la précède souvent aussi. (*Précis. d'anat. pathol.*, tom. II, p. 765). Il parle même d'un cas où il se serait effectué en quelques secondes. (*Cliniq. méd.*, tom. V, p. 345, 2.e édit.) Mais M. Louis le regarde comme étant toujours primitif. (*Mémoires ou recherches anat.: Des morts subites*, p. 497). M. Serres s'est contenté de la décrire avec exactitude sans traiter cette question. (*Annuaire méd. chirurg. des hôpitaux, etc.*, p. 334 à 358).

(1) Moulin, *Traité de l'apoplexie*; etc., p. 53. — Johnson, *Med chirurg. Review*, juin 1820, p. 15. — Cruveilhier, *Dict. de Méd.-prat.*, tom. III, p. 288. — Bouillaud, *Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu*, *Lancette franç.*, 27 octobre 1831, p. 262.

amener la mort en moins d'une demi-heure, une certaine quantité du sang épanché s'était engagée comme un coin, le long de l'arbre de vie, en séparant violemment ses fibres de celles de la substance grise. Eh bien! la cavité, fermée de la sorte, avait ses parois presque lisses et seulement recouvertes de quelques filamens minces et rares. Sa couleur d'un rouge rosé, dans l'épaisseur d'une feuille de papier, perdait en partie, sous un filet d'eau, cette teinte qui reposait sur le tissu cérébral immédiatement sain. Il en était tout autrement pour la portion de caverne d'où était partie l'hémorrhagie. On pouvait d'abord y constater la disparition d'une portion de l'arbre de vie, dans le tiers au moins de son épaisseur. On voyait ensuite sa face interne, d'un rouge brun foncé, dans l'épaisseur d'environ demi-ligne, offrir quelques lambeaux flottans de substance nerveuse, et partout ailleurs, de nombreux filamens touffus, assez gros, d'une à deux lignes de longueur, ayant un apect gazonneux. Évidemment le sang n'avait pas séjourné plus de temps dans un lieu que dans l'autre. On pouvait, à cause de cela, distinguer très-facilement les désordres qui avaient suivi l'hémorrhagie de ceux qui l'avaient précédée. Enfin, pour dernière preuve à l'appui de l'existence de la lésion hémorrhagipare, je dirai que de temps à autre, on trouve, assez loin des foyers apoplectiques, des masses de tissu encéphalique, grosses comme une noix, plus ou moins, à teinte légèrement jaunâtre, lesquelles malgré leur remarquable mollesse, le feutrage et la rareté de leur texture, ne se laissent aucunement délayer par l'eau.

En appréciant d'abord ces faits en eux-mêmes, puis en les comparant avec ce que l'on observe dans d'autres organes (1), on arrive aisément à se convaincre qu'un travail

(1) L. Rochoux, *Des ruptures du cœur*, etc. Dissert. inaug., août 1822. — Corvisart, *Nouvelle méthode*, p. 222. — Bayle, *Revue*

désorganisateur lent et insensible altère à la longue la cohésion du tissu de l'encéphale à tel point qu'un instant arrive où il se laisse brusquement déchirer sous l'effort d'impulsion normale du sang.

Mais dans cette hypothèse, l'apoplexie, dira-t-on, devrait toujours présenter des symptômes précurseurs, au lieu d'éclater brusquement, comme elle fait d'ordinaire.

A cette double objection je répondrai d'abord, qu'une foule de phénomènes qui s'accomplissent rapidement ont cependant été préparés avec une sorte de lenteur. Quoi de plus subit, par exemple, qu'un coup de tonnerre (1)? Cependant le nuage orageux a mis du temps à se former. C'est ainsi qu'on voit s'écrouler tout à coup une tour dont la chute a été préparée par une dégradation continuée pendant plusieurs siècles. Quant à l'absence de symptômes précurseurs, c'est la loi générale de tous les changemens que l'économie éprouve sous l'influence du mouvement nutritif. Il en résulte, que toutes les maladies qui ont là leur point de départ, ont toujours fait de très-grands progrès avant de se révéler par le plus léger symptôme. Par exemple, il y a à Paris des milliers d'hommes dont les poumons contiennent de dix à vingt mille tubercules, sans qu'aucun dérangement de santé, et à plus forte raison aucun indice fourni par la percussion ou l'auscultation puisse raisonnablement rien faire soupçonner de tel (2). Au reste, quand

---

médicale, avril 1828. — Bailly, *Traité anat. path. des fièvres*, p. 216. — Duret, *Journal universel*, janvier 1827, p. 85.

(1) Frappé de la soudaineté avec laquelle éclate l'apoplexie, Paracelse ne s'était pas contenté de comparer cette maladie à la foudre; il l'a supposait encore de même nature que le tonnerre, comme le prouve la citation suivante : *Scire vos decet guttam vel apoplexiam, cum omni suâ naturâ ac proprietate similem esse fulguri celesti, tam secundum generationem quam operationem et miros effectus*, etc. Tome I.er, *Opera omnia*, p. 601.

(2) Bayle (*Traité de la phthisie pulm.*) avait très-bien établi que

bien même il serait impossible de réfuter des objections dont le peu de valeur ne saurait être méconnu, l'existence du ramollissement hémorrhagipare dans tous les cas d'apoplexie, sans exception aucune (1), n'en prouverait pas moins évidemment, qu'une altération du tissu de l'encéphale, survenue avec lenteur, précède et amene sa déchirure, dont elle est toujours la cause prochaine et en même temps la cause déterminante la plus active. Cet enchaînement, cette succession de phénomènes morbides étant enfin bien établis, il s'agit maintenant de jeter un coup-d'œil rapide sur quelques-unes des causes regardées par les auteurs, comme susceptibles de produire ou de hâter leur développement.

« On devient apoplectique par l'âge, avait dit Hippocrate, entre quarante et soixante ans (2). » Les travaux des modernes confirment l'exacte vérité de cet aphorisme et montrent en même temps l'apoplexie, si rare vers l'âge de vingt

---

les tubercules restent toujours latens pendant un temps plus ou moins long. Les recherches microscopiques auxquelles je me suis livré relativement à ces produits accidentels, m'ont prouvé qu'ils pouvaient exister par milliers dans le tissu pulmonaire, sans donner le moindre indice de leur présence. (*Journ. hebd. de Méd.*, 1835, t. II, p. 129 et 193.)

(1) M. Ollivier assure avoir observé un cas d'apoplexie de la protubérance annulaire, sans aucune altération de la substance nerveuse au lieu du foyer. (*Arch. gén. de Méd.*, fév. 1833, p. 276). Mais comme il ne paraît pas avoir examiné la caverne, après avoir enlevé les caillots de sang, en soumettant ses parois au courant d'un filet d'eau, et que ce moyen si simple m'a toujours permis de constater une altération de la pulpe cérébrale, qui sans cela serait souvent restée inaperçue, je ne saurais, ainsi que j'en ai déjà fait la remarque (*Arch. gén. de Méd.*, 1833, p. 143), regarder comme probant, un cas exceptionnel dans lequel ce mode d'examen n'a pas été mis en usage.

(2) *Απόπληκτοι δὲ μάλιστα γίγνονται ἡλικίῃ τῇ ἀπὸ τεσσαράκοντα ἐτέων ἄχρις ἑξήκοντα.* Sec. VI, aph. 57, *edente* Foesio.

ans qu'à peine en a-t-on recueilli deux ou trois exemples dans ces cinquante dernières années. Quant aux sujets encore moins âgés et même aux enfans qui passent pour en avoir été frappés, ils ont sans aucun doute été atteints d'affections d'une toute autre nature que l'apoplexie, beaucoup plus graves qu'elle, et paraissant réunir les caractères de l'inflammation et ceux de l'hémorrhagie (1). Voilà pourquoi on n'a jamais encore, que je sache, rencontré de cicatrices dans l'encéphale des enfans.

Cette remarquable influence de l'âge trouve, ce me semble, une explication fort satisfaisante dans des travaux récens de chimie organique desquels il résulte que la composition chimique du cerveau et partant sa texture anatomique éprouvent de notables changemens avec les années (2). On doit donc les considérer comme prenant une grande part à la production de l'apoplexie. En est-il de même à l'égard du climat, des saisons, du tempérament, du sexe et des peines morales?

L'expérience n'a encore rien appris de positif par rapport aux climats. Elle n'a pas montré non plus, par les relevés de M. Falret, que l'influence des saisons fût bien notable, puisque les deux mille deux cent quatre-vingt-dix-sept apoplectiques dont notre savant collègue a recueilli l'histoire, se trouvent ainsi répartis; printemps 581, été 472, automne 557, hiver 687 (3).

L'apparence extérieure désignée sous le nom de tempérament, est bien loin de répondre à l'opinion qu'on a généralement de son influence. Mais le sexe en exerce une telle que, dans ses relevés, M. Falret compte 1670 apoplexies

(1) Burnet, *Obs. d'hémorrh. cérébrales.* (*Journ. hebd. de Méd.*), avril, 1830, p. 32 et suiv. — Dance, *Hémorrhagies multiples du cerveau.* (*Arch. gén. de Méd.*), mars 1832, p. 323 et suiv.

(2) Denis, *Rech. de Physiol. sur le sang humain.* (*Journ. de Physiol. expérimentale*, tome IX, p. 187).

(3) Serres, *Mémoire inédit.*

sur des hommes, et seulement 627 sur des femmes (1). Et là nous retrouvons encore l'importance de certaines conditions de texture cachées dans les profondeurs de l'organisme. Quant aux chagrins prolongés, à la tristesse rongeante, au dépit mêlé d'envie que peuvent déterminer les revers de la fortune, la perte d'emplois brillans, les mécomptes sans nombre de l'ambition désappointée, etc., je dois avouer qu'on a observé pas mal d'apoplectiques sous le coup de pareilles impressions. Toutefois, afin de réduire à sa juste valeur l'action des peines morales, il convient de faire remarquer que presque tous ceux chez qui elles semblent avoir donné lieu à l'apoplexie se trouvaient dans l'âge où cette maladie n'a pas besoin pour éclater du faible concours des circonstances auxquelles on se plaît à l'attribuer. Cependant on ne saurait assurer, que de longs jours passés dans une sombre douleur ne sont pas capables d'agir d'une manière fâcheuse sur le cerveau. Peut-être vaut-il mieux au contraire reconnaître qu'alors le mouvement nutritif éprouve de plus grands troubles dans l'encéphale que partout ailleurs, et rentrer par-là encore dans nos vues d'étiologie. Mais les occupations intellectuelles, les travaux de tête prolongés que les auteurs se plaisent à placer au nombre des causes les plus actives de l'apoplexie, me semblent plutôt propres à agir d'une manière opposée, d'après cette remarque constante, qu'à moins d'être porté au-delà de toute mesure, l'exercice d'un organe a toujours pour résultat d'en augmenter la force (2).

---

(1) Serres, *Rapport sur le prix de statistique*, p. 7.

(2) En opposition à ma manière d'envisager l'influence des travaux intellectuels, par rapport à l'apoplexie, M. Broussais m'objecte que l'exercice *excessif* fatigue le cerveau comme tout autre organe. (*Examen des doctrines*, etc., 3.e édit., tome IV, p. 636). Mais ce n'est pas un pareil exercice que j'ai considéré comme avantageux. (*Recherches sur l'apop.*, 2.e édit., p. 431). Voilà donc encore une de ces nombreuses circonstances dans lesquelles le

Ainsi de nos jours, comme du temps de Démocrite, on voit des savans, des philosophes, qui ont une vie intellectuelle fort active, pousser très-loin leur carrière (1) au lieu de mourir par le cerveau.

Si beaucoup de causes regardées par les médecins comme fort énergiques, sont en réalité bien loin d'être telles, il doit, à plus forte raison, en être de même, pour une foule d'autres généralement considérées comme étant d'une importance secondaire, et que par cette raison, nous croyons inutile d'énumérer. Il nous suffira, en vue du but vers lequel tendent actuellement nos efforts, de rechercher jusques à quel point toute action susceptible d'activer la circulation cérébrale, d'accumuler ou de retenir le sang dans l'encéphale, peut contribuer à y déterminer une hémorrhagie.

La presque unanimité des médecins qui résolvent cette question par l'affirmative, ne manquent pas de citer à l'appui de leur manière de voir, des cas assez nombreux dans lesquels on a vu l'apoplexie survenir pendant une vive émotion morale, un violent accès de colère, les agitations du coït, etc. (2). Mais à ces faits concluans au premier aperçu, on en oppose de non moins nombreux, où l'apoplexie

---

fondateur de la médecine physiologique a jugé à propos de m'attribuer et de combattre comme m'appartenant une opinion qui n'est pas la mienne.

(1) Haller, *Elementa physiol. corp. humani*, tome VIII, part. 2, p. 18.

(2) M. Broussais considère le coït comme très-capable de produire l'apoplexie, et cite à l'appui de cette opinion l'autorité de Guarnario, qui assure que les Espagnols sont souvent frappés d'apoplexie durant la sieste dont ils emploient habituellement une partie à goûter les plaisirs de l'hymen. (*Examen des doctrines*, 3.e édition, tome IV, p. 638).

Pour se prononcer sur la valeur des observations du docteur Guarnario, il faudrait avoir appris, par de nombreux relevés, quelle est la fréquence de l'apoplexie aux diverses époques de la journée. Or, personne n'en sait rien.

est survenue pendant le plus grand calme physique et moral, au milieu d'un sommeil paisible et chez des sujets dont la circulation cérébrale était plutôt affaiblie qu'activée (1). On ne permet à personne d'oublier, que c'est surtout dans l'enfance et la jeunesse qu'ont lieu ces violens efforts qui portent si souvent le sang à la tête, d'une manière vraiment effrayante, et que s'il survient alors une hémorrhagie, ce n'est pas celle de l'apoplexie (2). On cite, comme faits du même genre, l'extrême fréquence des congestions cérébrales chez de certains aliénés, qui néanmoins sont très-rarement atteints d'apoplexie (3); et on finit par en conclure que, quand le tissu de l'encéphale n'est pas déjà altéré au point de pouvoir se déchirer sous le simple effort exercé sur lui par la circulation normale, il résiste efficacement aux plus grands troubles dont cette fonction soit susceptible. Il faut bien que cette opinion soit vraie, puisque elle se trouve confirmée par des observations re-

(1) M. Cruveilhier a vu un sujet dont les artères carotides étaient presque entièrement oblitérées, être frappé d'apoplexie. (*Dict. de Méd.-prat.*, tome III, p. 221).

(2) A l'appui de ma manière de voir, je citerai le fait suivant: Un habitant de la Guadeloupe, d'une trentaine d'années, qui se livrait aux plaisirs vénériens et aux excès de liqueurs spiritueuses avec une fureur inconnue presque partout ailleurs que dans les colonies, mourut subitement dans l'acte de la copulation, durant lequel il avait déjà été plusieurs fois sur le point de perdre connaissance. A l'ouverture du crâne, on trouva un épanchement de sang très-considérable provenant de la rupture de quelques-uns des vaisseaux qui rampent à l'extérieur du cerveau; mais sa propre substance était dans la plus parfaite intégrité.

(3) Bayle, *Traité des maladies du cerveau*, etc., p. 473. — Calmeil, *de la Paralys'e princip. chez les aliénés*, etc., p. 212.

M. Lélut a également constaté à Bicêtre, que, malgré la très-grande fréquence de leurs congestions cérébrales, les aliénés sont fort rarement atteints d'apoplexie. En outre, il n'a jamais vu cette maladie survenir sur des épileptiques enlevés par de violentes attaques de leur mal, ce dont Greding paraît avoir observé deux exemples. (Ludwig, *Adversa medica*, tom. II, p. 495).

cueillies pour la combattre et données comme preuve de l'influence de l'hypertrophie du cœur sur la production de l'apoplexie. Ainsi, dans les dix observations d'affections cérébrales compliquées d'hypertrophie du cœur, rapportées par M. Ravier, une seule appartient à l'apoplexie (1). Assurément, je n'en demanderais pas davantage, si j'avais à prouver que l'hypertrophie du cœur est propre à faire naître toute autre maladie de l'encéphale plutôt que l'hémorrhagie. Nous porterons un jugement à-peu-près semblable sur le travail de M. Ménière. Ce médecin ayant observé plusieurs cas d'apoplexie sur des femmes enceintes, a cru trouver là une preuve de l'influence de la grossesse (2), et il a cherché à corroborer cette opinion par une remarque de M. Larcher, savoir, que durant la grossesse il s'établit toujours une hypertrophie passagère du cœur (3). Mais, comme les hommes, les femmes sont principalement exposées à l'apoplexie entre 40 et 60 ans, c'est-à-dire, quand elles ont passé l'âge où elles peuvent devenir mères. Par conséquent, attribuer l'apoplexie à la grossesse, équivaut à prétendre qu'une maladie augmente de fréquence quand une de ses causes disparaît.

Malgré tant de preuves du peu de part que le *nisus* circulatoire exercé sur le cerveau prend à la production de l'apoplexie, il faudrait bien revenir de cette opinion, si les observations cliniques étaient contre elle. Mais on va voir que cela n'est pas.

Depuis l'époque, où, sur un fait observé à Bicêtre, Le Gallois s'efforça de prouver que l'hypertrophie du cœur concourt puissamment à produire l'apoplexie (4), un grand

(1) *De l'Influence du cœur sur le cerveau.* Diss. inaug., février 1821, N.° 14.

(2) *Obs. et réflex. sur l'hémorrhagie cérébr. considérée pendant la grossesse.* (Archives gén. de Méd., avril 1828, pag. 500 et suiv.)

(3) *Arch. gén. de Méd.*, avril 1828, p. 521.

(4) *Bull. de la Fac. de Méd.*, tome I.er, p. 69.

nombre de médecins, sans compter M. Sablairolles (1), ont adopté cette manière de voir qu'a partagée aussi Corvisart, tout en avouant ne pouvoir l'appuyer sur son expérience personnelle (2). Les uns, comme Aumont (3) et M. Pariset ont disserté sur un seul fait (4); les autres, en outre de M. Ravier déjà cité, ont cru devoir s'appuyer sur un certain nombre de cas : ce sont MM. Villemain, Bricheteau, Bouillaud et Fabre (5). Le premier de ces quatre médecins rapporte six observations d'apoplexie dont quatre avec complication d'hypertrophie du cœur; le second en cite six toutes compliquées d'hypertrophie; M. Bouillaud en produit trois, et la thèse de M. Fabre en contient quatre, de tout point semblables aux six de M. Bricheteau.

---

(1) M. Sablairolles qui, suivant sa définition symptômatique de l'apoplexie, admet trois degrés de cette maladie, 1.° le coup de sang, 2.° l'inflammation sanguine, 3.° l'hémorrhagie du cerveau, appuie ses idées étiologiques et l'existence de ces trois degrés de la maladie, sur une seule observation pour chacun d'eux. Il emprunte un de ses exemples à M. Ravier, et intitule cela : *Nouvelles obs. pour servir à l'histoire de l'hypersarcose du ventricule gauche considéré par rapport à l'apoplexie*. (Journ. gén. de Méd., t. LXLVII, p. 181 à 203).

Notre collègue M. Collineau, dont l'esprit n'est assurément pas frondeur, n'a pu se dissimuler le peu de valeur du travail de M. Sablairolles. (*Op. cit.*, p. 211).

(2) *Essai sur les maladies du cœur*; 1.re et 2.e édition, p. 177.

(3) *Propos. path. et physiol. relatives à l'influence du cœur sur le cerveau*. 1808.

(4) M. Pariset semble croire qu'un ramollissement de l'encéphale, une véritable altération de son tissu, précède et amène toujours l'apoplexie. Mais il prétend en même temps que la lésion encéphalique est toujours elle-même déterminée par un anévrysme du cœur. (*Journal de l'Empire*, 7 février 1814). Cette opinion, que partageait aussi Legallois, n'en est pas moins une parfaite contre-vérité.

(5) *Dissertation sur l'apoplexie*, 3 juin 1818, n.° 100. — *De l'influence de la circulation sur les fonctions cérébrales*. (Journ. compl.

Bien que d'après ces dix-neuf observations l'influence de l'hypertrophie du cœur sur la production de l'apoplexie dût ne pas paraître douteuse, on pouvait cependant désirer savoir si une nouvelle et plus nombreuse série d'observations confirmerait ce premier résultat. Il était en outre indispensable, pour résoudre complètement la question, d'examiner comparativement à l'apoplexie, quel est le degré de fréquence de l'hypertrophie du cœur, dans des maladies au développement desquelles cette affection passe sans contestation pour être étrangère. Dans cette intention, j'ai noté l'état du cœur chez trente sujets morts d'apoplexie, et j'en ai fait autant pour trente autres individus enlevés par des maladies aiguës, dont ils avaient été atteints au milieu de cette bonne santé apparente où se trouvent en général les apoplectiques, au moment de leur attaque. J'aime à croire que si on refuse aux soixante observations recueillies de la sorte, d'être l'expression exacte et rigoureuse de la vérité, on acceptera au moins comme une approximation tolérable, le résultat suivant qu'elles m'ont fourni.

Sur les trente individus de l'âge moyen de 70 ans 2/30, et qui, à l'exception d'un seul, mort de ramollissement du cerveau, ont succombé à des pneumonies, des pleurésies ou des pleuro-pneumonies, vingt-six avaient une hypertrophie du cœur plus ou moins marquée, et souvent en outre d'autres lésions de cet organe : chez quatre seulement le cœur était à l'état sain. Sur trente sujets morts d'apoplexie à l'âge moyen de 72 ans 5/30, vingt-quatre avaient le cœur plus ou moins hypertrophié ; sur les six autres il s'est trouvé une fois d'un volume au-dessous du moyen, quatre fois à l'état normal, et une fois si près de cet état, qu'aux

du Dict. des Sc. méd., juillet 1819, de la page 29 à la page 32. — *Prop. et obs. sur plusieurs points de méd. et de chirurgie*, 21 juillet 1832, de la page 21 à la page 27. — *Maladies du cœur et des gros vaisseaux*, pages 354 et suiv.

yeux des uns il passait pour naturel, aux yeux des autres pour légèrement hypertrophié. Ainsi trente apoplectiques ont offert une ou deux hypertrophies du cœur de moins que trente sujets morts de maladies aiguës en général de nature inflammatoire.

Je l'avoue sans détour, le résultat de ces recherches eût été opposé, elles eussent donné pour les apoplectiques un ou deux cas d'hypertrophie du cœur de plus, au lieu d'un ou deux de moins, que cette circonstance ne m'eût pas semblé une preuve bien convaincante de l'influence exercée par le cœur. Mais puisque, au contraire, c'est parmi les apoplectiques qu'on a trouvé le plus de cœurs à l'état sain, il en faut conclure, ce me semble, que l'influence de l'hypertrophie du cœur, dans la production de l'apoplexie, est sinon tout-à-fait nulle, au moins véritablement inappréciable.

Comment s'est-il donc fait que des observations cliniques aient paru prouver le contraire? Tout simplement, parce qu'elles étaient trop peu nombreuses, et qu'on avait négligé d'en comparer les résultats avec ceux qu'aurait pu fournir l'étude de l'état du cœur dans d'autres maladies que l'apoplexie. Relativement au premier point, on concevra que MM. Bricheteau, Bouillaud et Fabre aient pu trouver, le premier six cas, le second trois, et le troisième quatre cas d'apoplexie compliqués d'hypertrophie du cœur, quand je dirai avoir rencontré deux séries composées chacune de sept cas analogues. Les conséquences que devait avoir l'oubli du mode de comparaison dont on vient de constater l'importance, ne seront pas moins faciles à apprécier, si je rappelle que parmi ceux des vieillards qui parassaient le mieux se porter, les trois quarts environ présentent une hypertrophie du cœur qu'on pourrait considérer comme l'état normal chez beaucoup de sujets arrivés à un certain âge. Rien d'étonnant dès lors, si l'on trouve à chaque instant le cœur hypertrophié chez eux, quelle que soit la maladie à laquelle ils succombent. *(La suite au prochain Numéro.)*

Observation et réflexions sur une complication grave des fractures; par M. Lobert, *interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique.*

Observation.—*Gangrène de la main et de l'avant-bras dépendant de la compression de l'artère humérale, par un fragment osseux ; amputation du bras ; symptômes adynamiques ; mort au bout de 29 jours. Non consolidation des fractures ; collections purulentes dans le foie* — Jean Coloniès, âgé de 24 ans, charpentier, doué d'une excellente constitution, jouissait depuis son enfance d'une santé parfaite. Dans la matinée du 15 janvier 1836, il est entraîné par l'écroulement d'un échafaud chargé de pierres et de pièces de bois. Aussitôt après on l'amène à l'hôpital Saint-Louis, dans l'état que je vais décrire.

Fortement étourdi par la violence de la chute, cet homme n'a point perdu connaissance, mais il ne saurait dire quelles parties de son corps ont le plus souffert. Immobile et dans une sorte de prostration générale, il n'accuse qu'une douleur sourde dans tous les membres. La peau présente plusieurs traces de contusion, notamment une large ecchymose à la fesse du côté gauche, et une autre à la partie postérieure de la jambe droite. Le membre thoracique droit conserve à-peu-près sa forme et son volume naturels ; mais le blessé ne peut lui communiquer le moindre mouvement sans éprouver de vives souffrances. L'avant-bras offre, à la réunion de son tiers supérieur avec le tiers moyen, une mobilité très-grande accompagnée de douleurs et de crépitation. On sent même en cet endroit plusieurs corps durs, irréguliers, mobiles, les uns sur les autres, et que l'on regarde comme autant de fragmens intermédiaires aux extrémités fracturées du radius et du cubitus. Il est également facile de reconnaître aux signes

que je viens d'indiquer, une fracture comminutive du tiers inférieur de l'humérus, dont le foyer communique en dedans avec l'air extérieur par une petite ouverture arrondie. En outre, il existe du côté correspondant une fracture oblique de la partie moyenne de la clavicule dont le fragment externe et supérieur à-la-fois chevauche à peine sur le fragment interne. Il en résulte une difformité très-peu sensible qui n'est accompagnée ni de douleur, ni de mobilité, ni de crépitation.

Le membre inférieur gauche, plus court que le droit, n'obéit plus à la volonté du malade. Les mouvemens qu'on lui imprime provoquent des douleurs très-vives au niveau de la partie moyenne de la cuisse qui, dans cet endroit, offre une augmentation notable de volume, avec déviation en dehors, mobilité insolite et crépitation. C'est sur cette partie que porte tout le raccourcissement du membre qu'il est facile de faire cesser au moyen de l'extension par laquelle la cuisse est en même temps ramenée à sa forme et à sa direction normales. Si l'on abandonne le membre à lui-même, les accidens se reproduisent aussitôt. D'après ce caractère, on diagnostique une fracture oblique en dehors de la partie moyenne du fémur. Les os des autres membres sont intacts, ainsi que tous ceux qui forment l'enceinte des cavités splanchniques. Les organes contenus dans ces cavités ne présentent aucune lésion appréciable. Néanmoins le pouls est faible et sans fréquence, et la figure décolorée exprime la stupeur et l'abattement.

Traitement. — Les différentes fractures des membres sont réduites et maintenues à l'aide du bandage de Scultet. Le bras droit se trouvant ainsi dans une immobilité complète, on abandonne à elle-même la fracture de la clavicule qui n'est d'ailleurs accompagnée que d'un léger déplacement. (Tisane d'eau de veau émétisée; diète; saignée de ℥ xij dans la journée.)

Quelque temps après l'application de l'appareil, le ma-

lade se plaint d'une sensation de froid et d'engourdissement dans la main droite, que l'on trouve en effet froide au toucher, mais non tuméfiée. La persistance de cette sensation pénible le tourmente beaucoup, et m'engage à lever l'appareil pendant la nuit. Le pouls, encore faible à gauche, est presque insensible du côté droit. Cependant, ne découvrant aucun autre indice de mortification, et ne soupçonnant pas alors la véritable cause de cet accident, je réapplique l'appareil, en ayant soin, toutefois, de le serrer un peu moins et d'entourer la main d'alèzes chaudes. Ces précautions furent tout-à-fait inutiles, et n'empêchèrent pas l'engourdissement et le froid de gagner promptement l'avant-bras.

20 janvier. La couche du malade est salie par un liquide purulent qui provient de la plaie du bras. On lève de nouveau l'appareil, mais encore point d'œdème ni de gonflement inflammatoire; point de phlyctènes ni d'escarres à la peau. La main et l'avant-bras, toujours froids au toucher et devenus presque insensibles, ont pris seulement une teinte sombre. (On panse les fractures avec de la charpie trempée dans le blanc-d'œuf, et l'on réapplique l'appareil comme il était auparavant. Limonade tartarique; bouillons).

27 janvier. Mouvement fébrile; altération de la face; peau chaude et sudorale; soif.

28 janvier. Mêmes symptômes que la veille; de plus, pénétration des pièces de l'appareil par un liquide purulent au niveau du bras. On met alors le membre à découvert. La main et l'avant-bras sont sphacélés; l'épiderme s'enlève par larges plaques, et la peau sous-jacente, livide et mortifiée, répand une odeur gangréneuse. Les fragmens osseux, loin d'offrir un commencement de consolidation, semblent être plus mobiles que le premier jour. Enfin la plaie du bras donne issue à une certaine quantité de pus grisâtre.

Dans ce fâcheux état de choses, l'amputation du bras

était la seule ressource qui restât au malade. Elle fut donc pratiquée le même jour, suivant la méthode circulaire, un pouce environ au-dessous de l'insertion du deltoïde, et supportée avec courage et résignation. Les bords de la plaie furent ensuite rapprochés l'un de l'autre de dehors en dedans, à l'aide de bandelettes agglutinatives, et pansée comme à l'ordinaire. (Diète; potion calmante).

Examen du membre. — Fracture comminutive des deux os de l'avant-bras et de l'humérus dans les points indiqués plus haut. Le canal médullaire de chacun de ces os ne s'éloigne pas sensiblement de l'état normal. L'extrémité des fragmens de l'humérus et les tissus environnans sont imprégnés d'une matière purulente. L'artère humérale, parfaitement saine jusqu'au niveau de la fracture où se termine un caillot sanguin long d'un pouce, non adhérent à la surface interne de ses parois, est ensuite brusquement aplatie, comme contuse, et se perd bientôt au milieu des parties gangrénées. Cette lésion remarquable correspond exactement à la forme anguleuse d'un fragment osseux qui fait une saillie assez prononcée en dedans. Il m'est impossible de poursuivre au-delà les ramifications nerveuses et vasculaires, à cause de la putréfaction déjà très-avancée du membre que plusieurs incisions pratiquées en mon absence ont réduit en une sorte de détritus.

Dès le lendemain de l'opération, les accidens mentionnés ci-dessus ont presque entièrement disparu. La face du malade est moins altérée : il ne souffre plus, et commence à goûter un peu de repos. Cette amélioration continue les jours suivans.

Le 2 février, on panse le moignon pour la première fois. Quoiqu'il ne soit pas survenu de gonflement inflammatoire, les bandelettes sont relâchées, et les bords de la plaie écartés l'un de l'autre. Celle-ci du reste présente un bon aspect, et est recouvert d'un pus louable. (Pansemens simples; le quart d'alimens).

8 février. La plaie, qui marchait bien auparavant, est moins animée que la veille. Pouls fébrile; peau chaude et sudorale; langue jaunâtre; légères douleurs de ventre; constipation depuis trois jours. Le malade assure n'avoir fait aucun excès de nourriture. (On panse la plaie avec le suc de citron. Lavement purgatif; cataplasme sur le ventre; diète absolue.)

9 février. Trois selles depuis vingt-quatre heures. Légère épistaxis; hallucinations; rêves pénibles pendant la nuit; altération de la face; suppuration verdâtre et moins abondante que de coutume. Les douleurs du ventre persistent. (La plaie est lavée avec de l'eau camphrée, puis saupoudrée de camphre et pansée avec du suc de citron. (On continue les cataplasmes sur le ventre; diète).

11 février. La plaie est pâle et blafarde; la suppuration presque nulle; le moignon indolent. Plus de douleurs de ventre. Excavation des joues et des orbites; les yeux sont dirigés en haut. Teinte jaunâtre et terreuse de la face; délire tranquille dont il est facile de tirer le malade qui répond juste à toutes les questions. Fièvre continue, accompagnée de frissons irrégnliers; sécheresse de la langue; soif et constipation. (Même pansement que la veille. Une bouteille d'eau de Sedlitz; vésicatoire au bras gauche).

12 février. Augmentation des symptômes précédens. La respiration, jusqu'alors libre et naturelle, est devenue très-lente sans être pénible. Amaigrissement voisin du marasme; délire; assoupissement; réponses justes quand on fixe l'attention du malade.

Cet état se prolonge jusqu'à la mort qui survient dans la soirée du lendemain.

Autopsie.—*Tête.* — On cherche envain quelque altération organique dans les méninges et l'encéphale.

Poitrine. Les poumons, unis en arrière aux parois thoraçiques par des adhérences cellnleuses, sont médiocrement engoués à leur bord postérieur. Ils ne présentent

d'ailleurs aucune autre altération appréciable. Rien dans la cavité des plèvres. Le péricarde, qui ne paraît pas malade, contient environ quatre onces de sérosité jaunâtre. Le tissu du cœur est sain. Ses cavités droites et les principaux troncs veineux sont remplis d'un sang noir très-liquide dans lequel on ne découvre aucune trace de matière purulente. La surface interne des veines et des artères, examinée avec soin, ne diffère pas de l'état normal.

Organes digestifs et urinaires.—La membrane muqueuse des voies digestives offre partout sa couleur et sa consistance naturelle. Une matière visqueuse, aérée, jaune-verdâtre, enduit la surface interne de l'intestin grêle et de l'estomac. Les reins, les uretères et la vessie sont sains. La rate est un peu plus grosse et plus friable qu'à l'ordinaire. Aucune adhérence morbide n'existe entre le péritoine et les organes abdominaux. On aperçoit à la surface du foie plusieurs taches grises, de grandeur variable, entourées d'une auréole noire, et correspondant à autant de foyers purulens qui paraissent divisés par une foule de cloisons incomplètes. Des foyers semblables sont disséminés en grand nombre dans l'épaisseur du même organe qui réunit différens degrés de cette altération.

Ainsi, ce n'est d'abord qu'une agglomération de petits vaisseaux rayonnés, très-noirs, et séparés par la substance saine du foie. Dans un autre endroit, quelques-uns des vaisseaux du centre laissent échapper, à l'incision, une gouttelette de pus. Plus loin, le liquide grisâtre remplit une petite caverne à parois festonnées, entourée d'une auréole noire, d'une demi-ligne à une ligne de largeur, et d'autant moins foncée qu'on l'examine plus près de la circonférence. On arrive enfin, en passant par plusieurs degrés intermédiaires, à de vastes foyers purulens capables de contenir une grosse noix. Leurs parois, irrégulières comme les précédentes, dont elles offrent d'ailleurs tous les autres caractères, sont tapissées en dedans par une

fausse membrane blanchâtre, facile à détacher avec le manche du scalpel, et très-analogue à celle des cavernes tuberculeuses. Cette fausse membrane une fois enlevée, il ne reste plus qu'une surface lisse, noire, parcourue par des ramifications vasculaires saines et vides pour la plupart, et dont quelques-unes sont libres à l'intérieur du foyer. Les divisions du canal hépatique, les artères et les veines du foie paraissent exemptes d'altération. La vésicule biliaire ne contient qu'une petite quantité de liquide jaune-verdâtre.

Moignon. La surface du moignon, entièrement desséchée, si ce n'est au-dessous de l'humérus où séjourne un peu de pus, forme une espèce de croûte où se terminent toutes les parties molles. L'artère humérale, dont le calibre est plus petit qu'à l'ordinaire et la membrane interne plissée transversalement, se rétrécit tout-à-coup à deux lignes environ de son extrémité, par une sorte d'hypertrophie intérieure ou concentrique de ses parois, au point qu'elle ne présente plus qu'un pertuis qui s'oblitère presque aussitôt. Elle est tout-à-fait vide de sang concret et liquide. Les veines grandes et petites ne diffèrent pas de ce qu'elles sont dans l'état normal. L'humérus, dénudé dans l'étendue de quelques lignes, offre dans les points correspondans de son canal médullaire une infiltration de pus verdâtre. Au-dessus, le même conduit est rouge, sans que la tête de l'os soit malade.

Les fragmens de la clavicule, entourés de parties saines, sont maintenus en rapport de tous côtés par les fibres éraillées du périoste. Il n'existe pas même un commencement de consolidation entre eux.

Infiltration sanguine du tissu cellulaire de toute la partie postérieure de la jambe droite.

Un demi-verre de sang noir très fluide se trouve rassemblé dans une espèce de kyste formé par le tissu cellulaire sous-cutané de la fesse gauche. La cuisse correspondante

est infiltrée par une certaine quantité du même liquide au niveau de la fracture, dont les fragmens, disposés, comme je l'ai dit, l'un par rapport à l'autre, ne présentent encore aucun travail d'ossification.

Les différentes articulations sont libres et parfaitement saines.

Réflexions. — Cette observation, déjà fort longue, mérite pourtant, je crois, de fixer encore un moment notre attention. Elle offre principalement trois choses à considérer, savoir : la non-consolidation des fractures; la gangrène de la main et de l'avant-bras; les altérations pathologiques observées dans le foie.

A. Il n'est pas très-rare de rencontrer des individus chez lesquels la consolidation des fractures se fait long-temps attendre, ou même ne peut point avoir lieu. Cet accident dépend d'une foule de circonstances qui peut-être n'ont pas encore été suffisamment appréciées. Sans entrer ici dans plus de détails à cet égard, cherchons à nous expliquer, pour le cas actuel, l'absence de tout travail de cicatrisation entre les fragmens osseux au bout de 29 jours. Dans ce but, il suffit de considérer, 1° la double fracture comminutive et compliquée du membre supérieur droit qu'on fut obligé d'amputer après plusieurs jours de souffrance; 2° les mouvemens nécessités par l'opération et par les soins de propreté; 3° les épanchemens sanguins existant dans diverses parties du corps, et notamment autour des fragmens du fémur; 4° enfin, le nouveau travail de suppuration auquel ce malheureux fut en proie pendant les six ou sept derniers jours de sa vie.

En réfléchissant à l'influence fâcheuse de toutes ces particularités sur la formation du cal osseux, on ne sera plus surpris que les efforts salutaires de la nature, épuisés par des causes étrangères, soient restés impuissans pour entreprendre la guérison de ces fractures. En général, et cette opinion est fondée sur un certain nombre de faits qui me

sont propres, lorsque la formation du cal n'est empêchée par aucun vice de l'économie et qu'elle n'a pas lieu, je crois qu'il faut en chercher la véritable cause dans l'état actuel du malade ou de la fracture elle-même, plutôt que dans une disposition cachée du sujet, à l'exemple de Ruysch et de Van-Swieten (cités par Samuel Cooper, *Dict. de Chir.* t. 1er p. 475), ce qui pourrait nous faire négliger le seul remède efficace en pareil cas.

Avant de passer outre, je rappellerai la direction oblique en dedans et en haut de la fracture de la clavicule, dont les fragmens étaient maintenus dans un rapport assez exact par les fibres éraillées du périoste. Il fut impossible de s'assurer, dans cette circonstance, si le membre thoracique avait conservé ses mouvemens, comme dans les cas analogues observés par M. Jules Cloquet (*Dict. de Méd.* t. 8, p. 93). On aurait pu croire d'après le fait consigné par M. Sanson dans le *Dict. de Méd. et de Chir.* (t. 8, p. 493) à l'existence d'une fracture incomplète; mais l'examen cadavérique, en prouvant le contraire, a confirmé l'hypothèse de Delpech qui expliquait le peu de déplacement et l'immobilité des fragmens dans cette espèce de fracture par l'intégrité plus ou moins parfaite du périoste.

B. La gangrène me paraît avoir été déterminée par une cause spéciale, je veux dire la *compression de l'artère humérale par un fragment osseux.* En effet, d'une part le membre supérieur n'avait point éprouvé de contusion violente et encore moins de gonflement inflammatoire. De l'autre, on ne saurait raisonnablement attribuer la gangrène à la compression uniforme et très-modérée produite par l'appareil. Mais il existait ici une disposition particulière dont je ne connais pas encore d'exemple. Un fragment de l'humérus faisait saillie en dedans, précisément au niveau de l'applatissement de l'artère principale du bras. Indépendamment de cette lésion remarquable, la marche du symptôme fut telle qu'on l'observe dans tous les cas de

gangrène produite par la compression locale de l'artère d'un membre; et cela me confirme encore davantage dans mon opinion. Ainsi, le froid et les engourdissemens perçus dès le principe par le malade, l'insensibilité toujours croissante survenue dans la main et l'avant-bras, la teinte sombre de ces mêmes parties le 6e jour après l'accident, sont autant de circonstances dont l'ensemble me paraît, en l'absence de tout autre phénomène appréciable, ne laisser aucun doute sur la cause de la gangrène. Maintenant il est possible et même probable que la compression exercée par l'appareil, tant sur l'artère humérale au niveau du fragment osseux, que sur le reste de l'étendue du membre, aura favorisé plus ou moins son développement.

On voit, d'après ce qui précède, combien il importe dans les fractures comminutives des membres de réduire exactement tous les fragmens osseux, et de surveiller avec soin l'application de l'appareil lorsqu'il se manifeste quelque symptôme alarmant. Car il arrive peut-être plus souvent qu'on ne pense que des accidens formidables et même la mort soient le résultat d'une coaptation vicieuse dans les fractures. A cette occasion, je ne puis m'empêcher de citer un fait qui s'est passé dans le service de M. Gensoul, à Lyon, et qu'un témoin, mon collègue et ami M. Moissenet, m'a raconté dernièrement. Il s'agit d'une jeune personne qui s'était cassé les deux os de l'avant-bras. Elle eut d'abord recours à un *rebouteur* qui fit plusieurs tentatives de réduction à la suite desquelles se manifesta bientôt un gonflement inflammatoire considérable. Effrayée d'un pareil résultat qui d'ailleurs la faisait beaucoup souffrir, elle vint à l'hôpital, y fut prise du tétanos, et succomba vingt-quatre heures après son entrée. A l'autopsie, on trouva le nerf médian compris entre l'extrémité des fragmens du radius.

C. Il ne me reste plus à parler que des différentes altérations pathologiques observées dans le foie, et de la cause présumée qui les a produites. En se rappelant la description

minutieuse que j'en ai donnée un peu plus haut, et l'état du système veineux dans tous les parties du corps, on hésitera, je pense, avant de se prononcer en faveur de telle ou telle opinion, relativement à la cause des abcès développés chez cet individu. Du moins, il me parait démontré d'après les lésions anatomiques :

1° Que le foie n'était le siége d'aucun engorgement inflammatoire antérieur ou consécutif au développement des abcès.

2° Que ces collections purulentes ont commencé par une stase de sang dans les plus petits vaisseaux réunis en groupes isolés, et que le pus, formé dans leur intérieur, envahit successivement les parties voisines au point de produire une véritable perte de substance, en intéressant quelques vaisseaux et respectant les autres.

3.° Que dans l'hypothèse de la résorption purulente et du transport pur et simple du pus dans le foie, on ne saurait expliquer, d'une part, cette destruction de l'organe, et de l'autre l'absence complète de matière purulente dans le système veineux.

4.° Que l'hypothèse de la phlébite, contre laquelle un de ses plus chauds partisans, Dance, a fourni tant de preuves, qui ne l'ont pas empêché de l'adopter sans réserve (*Dict. de Méd.*, t. I.er, art. *Abcès métastatiques*), que cette hypothèse, dis je, ne rend nullement raison des phénomènes locaux, et encore moins des phénomènes généraux, surtout si l'on admet cette proposition de M. Cruveilhier; savoir, que « dans toute inflammation, les radicules veineuses sont spécialement affectées. » (*Dict. de Méd. et de Chir.-prat.*, t. XII, p. 676).

Enfin, si l'on voulait arguer de la présence d'une petite quantité de pus verdâtre dans le canal médullaire de l'humérus, en faveur de la phlébite, au moins comme point de départ des accidens, je demanderais alors pourquoi pareille chose ne s'observe pas dans la résorption de cer-

taines collections purulentes, car il me semble que le pus, obligé de traverser le système capillaire dans les deux cas, doit subir la même altération s'il n'est repris en nature, et ne saurait vicier le sang dans l'un sans le vicier également dans l'autre.

Mais s'il est vrai que les théories proposées jusqu'à ce jour pour expliquer les abcès viscéraux survenus à la suite des plaies ou des opérations chirurgicales, peuvent quelquefois se trouver en défaut, ne pourrait-on pas supposer, au moins dans certains cas, que nos organes sont susceptibles de subir une sorte de fonte purulente par suite d'une altération particulière et primitive des humeurs ? Cette hypothèse, qui n'est pas nouvelle, n'est peut-être pas aussi dénuée de fondement qu'elle le paraît au premier abord. C'est, au reste, une question que j'abandonne au lecteur, en me réservant toutefois la faculté d'y revenir dans une autre occasion.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

De la paraplégie indépendante d'une lésion primitive de la moelle épinière. (Cours de clinique, professé par le docteur Robert J. Graves, *à l'hôpital de Meath, à Dublin, pendant l'année scholaire* 1834-35).

M. le professeur Graves est connu depuis long-temps par des travaux importans en pathologie. Ses leçons, reproduites par la presse périodique anglaise, sont remplies d'idées originales et de faits curieux, et donnent une haute idée de son enseignement. Déjà un cours de clinique de ce professeur a été analysé d'une manière succincte dans les *Archives générales de Médecine.* Nous nous empressons de faire connaître quelques-uns des principaux points de ce

nouveau cours qui, comme les autres ,mérite toute l'attention des pathologistes.

La leçon d'ouverture est remarquable par la sagesse des idées et par la saine philosophie qui y règne. Le docteur Graves a surtout pour but de faire sentir toute l'importance de la physiologie et de l'anatomie pathologique pour le praticien. Mais ces deux sciences, suivant la manière dont elles sont étudiées, peuvent hâter les progrès de la médecine ou lui faire faire des pas rétrogrades. Sur ce sujet intéressant et fort bien traité dans cette leçon, les idées du professeur de Dublin sont à-peu-près celles de la plupart des médecins qui appartiennent à l'école de Paris. Nous citerons seulement l'extrait suivant, qui est relatif à l'anatomie pathologique, et qui semble renfermer, au moins en partie, la doctrine du professeur Graves :

« Beaucoup de médecins se sont mépris sur le but et sur l'objet de l'anatomie pathologique. Il en existe encore qui nient son utilité, tandis que plusieurs autres, aveuglés par leur zèle pour les progrès de cette science, ont fait des efforts pour en reculer les limites, et ont voulu embrasser, dans les explications qu'elle fournit, tous les phénomènes de la maladie. Il est difficile de décider laquelle de ces deux sectes a fait le plus de mal à la médecine-pratique. — L'anatomie pathologique ne comprend pas seulement les altérations de structure profondes et permanentes, mais encore, autant qu'on peut les apprécier, les changemens physiques, même temporaires, des organes internes. Afin d'arriver à une juste appréciation de l'importance réelle de cette science, nous devons nous rappeler que la première altération de texture d'une partie n'est point la cause, mais la conséquence de la maladie; car dans tout organe sain, la texture est naturelle, et, comme tout changement de texture est le résultat d'un trouble dans l'action vitale du système vasculaire de la partie, il est évident que toute lésion de texture primitive doit être tou-

jours le produit d'un trouble fonctionnel. Ainsi, les changemens physiques qui accompagnent l'inflammation des tissus extérieurs, la tuméfaction, la chaleur, la rougeur, ne sont point les causes, mais bien les effets de la maladie. Mais en réduisant ainsi les lésions de structure à la condition de symptômes, en diminue-t-on l'importance? Non certainement; car étant immédiatement liés, comme effets, à la cause première, ils deviennent les plus utiles de tous les symptômes, en nous permettant de connaître le siège du travail morbide, et d'en suivre les progrès. Sous ce rapport, ils l'emportent manifestement sur les symptômes généraux. Ainsi, dans les cas de gangrène spontanée, d'inflammation phlegmoneuse ou d'érysipèle, quel est le praticien qui se contenterait de puiser des indications dans les symptômes généraux, sans prêter aucune attention à l'aspect de la partie malade? C'est pourtant exactement ce que font ceux qui refusent de s'aider du secours de l'anatomie pathologique, dans le traitement des maladies internes. »

Un des sujets que le professeur a traités avec le plus de complaisance, et à l'occasion duquel il fait valoir des droits de priorité, c'est celui de la paraplégie.

« Avant les recherches auxquelles je me suis livré sur ce sujet, dit le professeur Graves, les pathologistes cherchaient les causes de la paralysie presque exclusivement dans les centres nerveux, et pensaient qu'elle prenait toujours sa source dans une altération organique ou un trouble fonctionnel du cerveau ou de la moelle épinière. Mais j'ai démontré (1) qu'on ne pouvait ainsi expliquer tous les cas de paralysie, et qu'un ordre de cause extrêmement important était resté jusque-là presque entièrement inaperçu. Cette espèce de cause, commençant son action aux extrémités périphériques du système nerveux, pro-

(1) *Lond. med. and surg. Journ*, N.os 58 et 59.

duit, par une remarquable réflexion, des effets très-prononcés sur des parties éloignées.

« Si l'on place la main dans de la neige ou dans de l'eau excessivement froide, ce n'est pas seulement la partie soumise directement à l'influence du froid qui devient engourdie ; la diminution d'action n'est point limitée aux muscles d'où dépendent les mouvemens particuliers des doigts, elle s'étend aux muscles de l'avant-bras qui exécutent les principaux mouvemens de la main. Ainsi, les effets du froid se manifestent même dans des parties loin desquelles il agit, et qui sont chaudement couvertes. Si une cause aussi peu intense et agissant pendant si peu de temps, peut déterminer de la paralysie dans une partie plus centrale que celle sur laquelle elle est appliquée, on peut en conclure que la même cause agissant d'une manière permanente pourrait produire une paralysie permanente de la même partie. On peut concevoir que l'action du froid pourrait se propager plus haut et atteindre les muscles du bras, de sorte qu'il existerait une altération de fonction dont l'origine serait à l'extrémité des doigts, et qui aurait son siège à une distance considérable du lieu réel de sa naissance.

« Maintenant nous trouvons que la lésion d'un rameau nerveux produit des effets qui se propagent, en vertu d'une action rétrograde, à un autre rameau distinct du premier. En voici un exemple : une jeune dame, s'étant blessée à la partie interne du doigt annulaire avec une aiguille à pointe mousse, éprouva de l'engourdissement, non-seulement dans le doigt blessé, mais encore dans le petit doigt. Ici, l'impression produite sur le nerf appartenant à un doigt, n'affecte pas seulement ce doigt lui-même, elle remonte et vient exercer son action sur le rameau que le nerf cubital envoie au petit doigt, rameau qui se détache du tronc commun au-dessus du lieu de la lésion, de sorte que le phénomène est le même que si cette dernière avait eu son siège sur le tronc commun aux deux doigts.

« Enfin, nous observons que des impressions qui agissent sur les branches frontales de la cinquième paire, peuvent, par une action réfléchie, produire des phénomènes morbides dans la rétine et déterminer la cécité. Ici, le travail morbide procède de la circonférence au centre, puis il est réfléchi du centre à la circonférence, de manière à porter son action sur une partie séparée et très-distincte de celle où il a pris naissance. J'en ai vu dernièrement un exemple curieux : un élève en médecine, voyageant sur l'impériale d'une diligence, resta pendant plusieurs heures exposé à un vent très-vif de nord-est, qui soufflait directement dans son visage. Arrivé au terme de son voyage, il s'aperçut que la vision était altérée chez lui, et qu'il voyait tous les objets comme à travers un voile de gaze. Il n'y avait ni céphalalgie, ni symptômes d'affection dyspeptique, pour rendre compte de ce léger degré d'amaurose. Cependant on prescrivit des ventouses sur la nuque et des purgatifs drastiques. Quand le malade me consulta, peu de jours après le début de cette affection, je remarquai, dès le premier abord, qu'il y avait quelque chose d'inaccoutumé dans ce cas, et, après avoir questionné le malade avec soin, je parvins à connaître la circonstance mentionnée ci-dessus. Il devint alors évident pour moi que la rétine était affectée par suite d'une impression exercée sur les branches faciales de la cinquième paire. La guérison fut obtenue, non par des moyens destinés à combattre une congestion cérébrale, mais par la stimulation de la peau de la face, du front, des tempes, etc., etc.

» .... Par cette action réfléchie, on peut expliquer comment une maladie, débutant dans une partie de l'économie animale, peut produire des phénomènes dans une autre partie; et il est certainement étrange, qu'avec tant d'exemples si frappans devant les yeux, les pathologistes aient omis cette cause, dans leurs efforts pour expliquer certaines paralysies. Si l'irritation des extrémités nerveuses

d'une partie limitée du corps peut donner lieu à un trouble de tout le système des muscles volontaires; si une affection, locale peut devenir la cause de l'exaltation et de l'irrégularité d'action de tous les muscles du corps, on peut certainement concevoir qu'une cause, locale comme les précédentes, mais tendant à déprimer et non à exalter la faculté motrice des muscles, ne bornant point son action aux nerfs et aux muscles de la partie, puisse exercer une influence sur ceux de tout le corps, ou bien de certains organes éloignés, et produire une paralysie.

» Le fait suivant rentre dans ce qui précède; il appartient au professeur Stokes : Une jeune femme entra dans les salles de chirurgie de l'hôpital de Meath, pour une lésion insignifiante. Pendant son séjour dans l'hôpital, elle fut prise de symptômes fébriles que l'on combattit avec le calomel, le jalap et un autre purgatif très-violent. L'effet produit par ces médicamens fut considérable, les symptômes cédèrent, et la malade fut renvoyée. Peu de jours après, elle entra de nouveau, et fut placée dans un service médical. Son état était le suivant : fièvre, céphalalgie, contractions violentes des doigts, contraction et extension alternatives du poignet et de l'avant-bras du côté gauche. Ces spasmes musculaires étaient si intenses, que l'homme le plus vigoureux pouvait à peine suspendre les mouvemens auxquels ils donnaient lieu. Outre ces symptômes, il y avait une soif légère, un peu de diarrhée, mais point de sensibilité abdominale. On dirigea le traitement à-la-fois vers la tête, à cause des symptômes marqués d'affection locale du cerveau, et vers l'abdomen, à cause des symptômes d'affection abdominale observés actuellement et pendant son premier séjour à l'hôpital. La malade mourut peu de temps après, avec des spasmes violens de la tête et de l'avant-bras. Le souvenir des symptômes les plus remarquables porta naturellement à chercher dans la tête le siège de la maladie. Cette femme avait présenté des symp-

tômes qui, suivant MM. Serres et Foville, indiquaient une affection de la couche optique ou du lobe postérieur du côté opposé. Cependant le cerveau se trouva parfaitement sain dans toute son épaisseur. Mais dans l'abdomen on trouva des lésions bien évidentes. *Le tiers inférieur de l'iléum, dans l'étendue de six à huit pouces, offrait une suite non interrompue d'ulcérations.*

» Les extrémités périphériques du système nerveux ont été trop négligées par les pathologistes dans leurs travaux sur la nature et sur les causes des affections paralytiques. Il serait facile de citer plusieurs exemples de douleur débutant dans des parties limitées du corps, se propageant en arrière jusqu'au rachis, et déterminant une véritable maladie de ce dernier, maladie que l'on a trop généralement considérée comme le résultat d'une affection idiopathique. Combien de fois n'arrive-t-il pas qu'il en soit ainsi pour l'hystérie? Combien de fois n'arrive-t-il pas que l'organe principalement affecté devient, pendant les attaques, vivement douloureux, et qu'à mesure que la maladie marche, la douleur se propage à la colonne vertébrale, jusqu'à ce qu'enfin la moelle épinière elle-même devienne malade, et que la pression exercée sur quelque point de son trajet y détermine de la douleur? Je suis persuadé que plusieurs auteurs modernes qui ont attribué les phénomènes hystériques et diverses autres affections à une irritation de la moelle épinière, se sont trop hâtés d'établir leur théorie. Dans la majorité des cas, les malades atteints d'hystérie se plaignent d'abord d'une douleur ayant son siège dans la région occupée par le foie, dans celle du cœur ou de l'estomac, ou dans la tête ou dans le bassin, mais non dans un point quelconque de la colonne vertébrale. Jusque-là, il est rare qu'on trouve de la sensibilité à la pression en quelque point que ce soit du rachis. Mais à mesure que la maladie fait des progrès, l'irritation gagne la moelle épinière, et c'est alors qu'en exerçant une pression sur quel-

ques-unes des apophyses épineuses, on fait naître de la douleur. »

Après les considérations qu'on vient de lire, le professeur Graves rapporte plusieurs observations de paraplégie succédant à des affections aiguës des viscères de l'abdomen.

« Obs. Ire. — *Paraplégie succédant à une entérite aiguë.* — En novembre 1832, j'ai donné, avec MM. Kirby et Cusack, des soins à un jeune garçon âgé de 14 ans. Après avoir mangé une grande quantité de noix, il fut pris d'embarras intestinal, accompagné de pesanteur et de douleur dans l'estomac, de nausées, d'anorexie et de constipation opiniâtre. Des purgatifs énergiques restèrent sans succès; mais on triompha enfin de la constipation au moyen de lavemens répétés, injectés avec la seringue de Read dont on introduisit la canule aussi profondément que possible dans la cavité de l'intestin. Outre ces lavemens, on employa les sangsues et les fomentations. A la constipation succédèrent les symptômes d'une inflammation intestinale, occupant certainement toutes les membranes de l'intestin. La maladie dura long-temps, et le jeune homme n'échappa qu'à grande peine. Cependant la convalescence s'établit; le malade put s'asseoir sur son lit, et comme son appétit ainsi que ses forces revenaient rapidement, on l'engagea à se lever. Mais lorsqu'il voulut quitter son lit, il s'aperçut qu'il avait perdu l'usage de ses membres inférieurs; il était paraplégique. La paralysie était bornée aux membres inférieurs; elle ne portait que sur la motilité. Il n'y avait aucune diminution de la sensibilité; point d'engourdissement; la vessie et le rectum ne paraissaient point paralysés.

« Obs. II. — *Paraplégie consécutive à une affection aiguë de quelques-uns des viscères abdominaux.* — Dans le mois de novembre 1834, je fus appelé auprès d'une dame qui offrait, disait-on, des symptômes dyspeptiques. Elle éprouvait une sensation de pesanteur vers l'estomac, des nausées, de la tendance à vomir, de la douleur dans l'épi-

gastre et dans l'hypocondre droit; mais il n'y avait ni fièvre ni accélération de la circulation. Au bout de deux jours, la peau prit une légère teinte jaune, et tout portait à penser que sa maladie était une gastro-duodénite, se terminant par une affection du foie. Il suffit de dire que les symptômes firent des progrès, et que l'affection envahit peu-à-peu tout le tube intestinal, le foie et le péritoine. Les intestins devinrent tympaniques, et le ventre extrêmement douloureux à la pression. Il s'établit une petite fièvre avec fréquence du pouls et grande agitation. La malade ne fut sauvée qu'avec peine, sous l'influence des applications réitérées de sangsues, et de l'emploi du calomel jusqu'à salivation. Mais à mesure que sa santé se rétablit, on s'aperçut qu'elle avait perdu la faculté de se servir de ses membres inférieurs; elle est encore paraplégique.

» Comme chez le jeune homme dont l'histoire précède celle-ci, la paralysie était entièrement limitée aux fonctions musculaires des membres inférieurs; la sensibilité n'était point altérée; le rectum et la vessie fonctionnaient normalement. Mais, dans ce second cas, au bout d'un certain temps, la malade éprouva des douleurs dans les lombes et dans les intestins, et les fonctions musculaires de la vessie se troublèrent. Ici l'affection paralytique a résisté à tous les moyens connus, et elle menace d'être permanente. Chez cette dame, la perte d'action des muscles était bien plus complète que chez l'autre malade. Chez ce dernier, la paraplégie, qui n'était point complète, a cédé à l'emploi des frictions stimulantes sur les extrémités, et à l'usage, dirigé avec précaution, des stimulans internes et des toniques. Dans les deux cas, la perte de puissance des muscles n'était point assez complète pour que les malades ne pussent mouvoir leurs jambes, lorsqu'ils étaient couchés dans leurs lits. Alors ils pouvaient les élever, les fléchir et les étendre avec une certaine aisance et une certaine force; mais, dès qu'ils voulaient se tenir debout ou mar-

cher, ils ne pouvaient plus le faire; leurs jambes se dérobaient sous eux. Lors mêmes qu'ils étaient soutenus par une personne de chaque côté, de manière à ce que la plus grande partie du poids du corps ne reposât point sur les membres inférieurs, il leur était impossible de placer un pied devant l'autre. Je ne puis comprendre pourquoi il existait une telle différence dans la force musculaire des membres paralysés, suivant qu'ils étaient dans telle position ou dans telle autre. »

Les faits qui précèdent mériteraient de fixer l'attention, lors même qu'ils seraient isolés; de quelle importance ne sont-ils donc point, rapprochés d'un certain nombre de faits qui offrent avec eux une entière analogie. Les lecteurs des *Archives* doivent se rappeler un travail fort intéressant où le docteur Stanley a rapporté plusieurs exemples de paraplégie succédant à une affection aiguë des reins. Le docteur Hunt, de Dartmouth, cité par le docteur Stanley, a vu le même phénomène morbide se manifester à la suite d'affections de l'utérus. Dans tous ces cas, l'inspection cadavérique ne laissait voir aucune lésion appréciable dans les parties auxquelles on avait cru d'abord devoir rapporter la cause de la paraplégie. Enfin l'observation suivante vient s'ajouter aux autres et leur donner une nouvelle force.

« Obs. III.e — *Rétrécissement de l'urètre suivi de paraplégie ; guérison du rétrécissement ; guérison de la paraplégie. Observation communiquée par le docteur Hutton.* — Richard M'nab, marin, âgé de 38 ans, entra à l'hôpital de Richmond, le 16 janvier 1835, et fut placé dans les salles de M. Hutton. Voici, en peu de mots, les circonstances qui précédèrent son entrée à l'hôpital : Dans l'été de l'année 1826, il s'était donné une entorse dans les reins en sautant, ce qui l'avait forcé de garder le lit; mais il avait été complètement rétabli au bout de douze jours. Peu de temps après cet accident, il contracta une gonorrhée qui s'accompagna de hernie humorale. Cette affec-

tion céda aux saignées locales répétées; mais il resta un écoulement qui, après avoir persisté pendant quelque temps, disparut sous l'influence des bains de mer. A partir de cette époque, M'nab jouit d'une bonne santé, à l'exception de quelques légères douleurs dans la région lombaire, jusqu'en octobre 1830. A cette époque, ayant été exposé au froid et à l'humidité pendant un long et fatigant voyage, il fut atteint d'hémorrhoïdes pour lesquelles il fit un traitement pendant sept mois. Pendant la durée de cette maladie, il remarqua, pour la première fois, qu'il était obligé de rendre fréquemment son urine. Une fois guéri de ses hémorrhoïdes, sa santé redevint bonne jusqu'en septembre 1834, et alors, revenant de Cadix à Dublin, dans un navire qui faisait beaucoup d'eau, il souffrit beaucoup du froid et de l'humidité, et se fatigua beaucoup, étant presque constamment occupé aux pompes, que l'on pouvait à peine quitter pendant dix minutes. En outre, ayant été privé pendant trente-deux jours de sa ration habituelle d'eau-de-vie, il se trouva dans un état d'affaiblissement considérable à son arrivée à Dublin. Après avoir déchargé sa cargaison, il se reposa pendant une quinzaine de jours, et pendant ce temps il but de quatre à six verres de whiskey chaque jour. Alors il passa, comme maître pilote, à bord d'un autre navire; mais au bout de huit ou neuf jours ses reins et ses membres inférieurs devinrent douloureux et faibles, et cet état devint tel qu'il fut obligé d'abandonner ses occupations le treizième jour. Il avait remarqué que, pendant que ses reins et ses jambes s'affaiblissaient de plus en plus, il était obligé d'uriner trois fois par heure, ce qu'il exécutait avec douleur et ténesme. Le 1.er janvier, la douleur du dos était très-vive, et il perdit l'usage de ses membres inférieurs, mais incomplètement, car il pouvait se soutenir et même marcher avec l'aide de deux bâtons.

» Au moment de son entrée à l'hôpital, le malade semblait avoir une santé générale un peu délâbrée. Il était

pâle, émacié, et offrait des symptômes d'affection des voies digestives. Il éprouvait des frissons irréguliers suivis de chaleur et de sueur. L'émission des urines était douloureuse, le jet en était considérablement diminué. La paralysie des membres inférieurs était comme il vient d'être dit.

» Le traitement fut dirigé de la manière suivante : d'abord des ventouses, puis des moxas sur la région lombaire ; des moyens appropriés à l'état des voies digestives ; des délayans et des opiacés pour combattre les symptômes du côté de l'urètre.

» Le 26 janvier, on constata l'existence d'un rétrécissement très-prononcé situé dans la portion membraneuse de l'urètre. On introduisit une petite bougie de corde de boyau jusqu'au-delà du rétrécissement ; sur cette bougie on fit glisser une sonde de gomme élastique de longueur ordinaire, ouverte à ses deux extrémités ; lorsque la sonde eut traversé le rétrécissement et atteint la vessie, on retira la bougie et l'on fixa la sonde dans sa position. Il se manifesta un peu de trouble général qui disparut bientôt. En peu de jours, on put introduire avec facilité des sondes de gomme élastique d'un volume beaucoup plus considérable.

» *Un amendement remarquable se manifesta dans les reins et dans les membres inférieurs, peu de jours après la première introduction de la sonde; dans le fait, l'amélioration fut presque soudaine.* Des bains, des frictions sur les membres, etc., achevèrent la guérison.

» Le malade sortit le 25 février. A cette époque, la paralysie des membres inférieurs et tout symptôme du côté des voies urinaires avaient complètement disparu. Cette observation nous présente une paraplégie qui reconnaissait pour cause une irritation ayant son siège dans l'urètre. »

Il résulte de tout ce qui précède, que la paralysie des membres inférieurs peut reconnaître pour cause une affec-

tion aiguë qui a son siège dans un des organes de l'abdomen, et qui, exerçant son influence sur une portion limitée du système nerveux périphérique, détermine médiatement un trouble fonctionnel de la moelle épinière, trouble fonctionnel qui se traduit par la paralysie en question. Telle est l'idée émise pour la première fois en 1832, par le docteur Graves, et développée de nouveau par lui, avec talent, dans les leçons dont nous donnons en ce moment un extrait.

Mais il ne borne point là ses recherches sur les causes de la paraplégie. Des faits nombreux lui ont démontré que cette affection peut survenir à la suite d'une fièvre grave. Mais il n'explique point la paraplégie, dans ce cas, par l'influence qu'une irritation de la surface des voies digestives pourrait avoir exercée sur les ramifications nerveuses, il pense qu'on doit l'attribuer à un état de congestion de la moelle épinière auquel on ne fait généralement pas assez attention.

« Cette explication, dit-il, repose sur la fréquence avec laquelle on observe une vive douleur dans les lombes au commencement de cette maladie. La douleur est quelquefois atroce, et ordinairement elle s'accompagne de douleurs proportionnées dans les membres inférieurs. Je suis tout aussi empressé de faire disparaître cette douleur dorsale au commencement de la fièvre, que de combattre la céphalalgie, car l'importance de la moelle épinière dans l'économie animale n'est pas moindre que celle du cerveau. »

Des causes dont l'action semble toute limitée à la surface du corps, peuvent aussi produire la paraplégie, ainsi que cela est arrivé chez une femme traitée à l'hôpital de Sir P. Dun, pour un érysipèle occupant le mollet et la partie interne de la jambe gauche.

Dans d'autres cas, un membre se paralyse par suite d'une lésion qui a son siège dans l'un de ses principaux nerfs. Ainsi, le docteur Graves a vu avec le docteur Bren-

nan, un homme robuste, qui, s'étant beaucoup fatigué pendant toute une journée, s'endormit après son diner, la tête appuyée sur ses bras qui étaient croisés sur la table. Un des nerfs cubitaux se trouva ainsi comprimé pendant fort longtemps, et à son réveil l'avant-bras avait perdu tout mouvement. Aucun moyen thérapeutique ne put dissiper cette paralysie.

Enfin, il est une cause de paraplégie à laquelle les pathologistes ne paraissent point avoir fait attention, et qui donne lieu à une forme de la maladie dont le professeur Graves a tracé l'histoire, d'après un certain nombre de faits observés par lui. Ceux qu'il rapporte avec détails sont au nombre de quatre, et mériteraient d'être reproduits en entier si l'espace ne nous manquait. Nous arrivons donc au résumé du docteur Graves, et nous le laissons parler lui-même :

« J'ai vu plusieurs exemples de cette forme de paraplégie. Dans la plupart des cas, il m'a semblé qu'elle reconnaissait pour cause l'impression du froid et de l'humidité longtemps prolongée sur les membres inférieurs. On l'observe le plus communément chez de jeunes sujets qui se livrent beaucoup à la pêche et à la chasse, et se mouillent souvent les pieds, en marchant dans les pays marécageux et en passant les gués. On l'observe aussi chez les ouvriers qui sont forcés de rester les pieds dans l'eau pendant plusieurs heures de suite. Dans tous les cas, elle s'établit insensiblement; elle paraît ordinairement, d'abord dans un membre, puis dans l'autre. Toutefois il y a beaucoup de variétés dans sa marche. Quelquefois le malade devient complètement paraplégique dans l'espace de quelques semaines à partir du début de la maladie. D'autres fois, il se passe des mois, et même des années, avant que les membres inférieurs aient perdu toute leur force. Quand la marche de la maladie est lente, elle débute d'une manière insidieuse, et est à peine remarquée par le malade

lui-même. Ce début insidieux est favorisé par l'absence de douleur, d'engourdissement et de fourmillement; car ce n'est qu'à une époque avancée de la maladie qu'on remarque un trouble ou une diminution de la sensibilité. Ce n'est qu'en se livrant à quelque exercice inaccoutumé, comme de monter un escalier ou une colline, que le malade éprouve une faiblesse inaccoutumée dans les membres inférieurs. Le premier symptôme qui attire ordinairement l'attention, c'est l'impossibilité de faire à pied un trajet aussi long qu'à l'ordinaire, ce que l'on attribue à un affaiblissement momentané ou à quelque fatigue antérieure. A mesure que la maladie fait des progrès, il devient de plus en plus difficile de marcher sur un terrain qui va en montant; les jambes ont des mouvemens gauches et incertains, et le malade est exposé à trébucher pour le plus léger obstacle. Peu-à-peu la perte du pouvoir musculaire devient plus manifeste; elle excite l'attention et la surprise du malade, qui ne peut plus marcher sans l'appui d'un bâton ou d'un bras. Toutefois, la paralysie est rarement complète; le malade continue à marcher avec des béquilles, et ce n'est que dans les cas les plus graves, ou à un degré avancé de la maladie, qu'il est entièrement paraplégique. Dans ces cas, la paralysie n'est jamais si soudaine ni si complète que dans ceux où elle est le résultat d'une affection de la moelle épinière, ou de l'ulcération scrofuleuse des os ou des ligamens du rachis. Cependant il arrive quelquefois que la paraplégie, quoique naissant bien évidemment de la même source, et offrant la même invasion insidieuse, marche avec beaucoup plus de rapidité. Alors un des membres est ordinairement beaucoup plus affecté que l'autre, la paralysie est beaucoup plus complète dans le membre qui a été atteint le premier. La sensibilité paraît être altérée aussi bien que la motilité. Dans la forme lente et chronique de cette espèce de paraplégie, l'altération de la sensibilité n'est pas observée par le malade aussi promptement que celle de la motilité. Ce n'est

qu'au bout d'un certain temps, et accidentellement, qu'il la remarque. Mais, à un degré plus avancé, cette altération devient manifeste et s'accompagne d'une sensation de froid dans les membres inférieurs, sensation qui est rarement perçue plus haut que les genoux. Dans la forme aiguë et rapide de la maladie, l'altération de la sensibilité est beaucoup plus évidente, et c'est généralement le premier symptôme qui frappe l'attention du malade. Il y a d'abord une sensation d'engourdissement qui commence dans les orteils et s'étend le long du membre. Cette sensation est suivie, en peu de jours, par un fourmillement et des douleurs lancinantes sur le trajet des nerfs, puis enfin par la diminution de la motilité et de la sensibilité.

» Cette affection présente quelquefois un phénomène curieux, qui se manifeste avant l'invasion d'une diminution marquée dans la puissance des membres inférieurs : il consiste dans une excitation morbide de la partie inférieure du canal digestif. Le malade éprouve du ténesme, et croit être sur le point d'avoir des hémorrhoïdes. Tel fut le premier symptôme observé chez un malade auquel je donnai des soins. Il se plaignait si vivement, que nous ne pûmes nous dispenser d'explorer le rectum, mais nous n'y trouvâmes rien qui pût expliquer cette sensation douloureuse. Il en est de même de la vessie, avec cette différence que l'irritabilité de la vessie a lieu quelquefois après que la maladie est confirmée et a fait des progrès considérables. En somme, le rectum et la vessie sont rarement affectés dans cette espèce de paraplégie, et ce n'est qu'à une période avancée de la maladie que l'on trouve parfois la paralysie de ces organes, qui s'observe si fréquemment et même de bonne heure, dans les cas de paraplégie qui dépendent d'une maladie de la colonne vertébrale.

« La paraplégie consécutive à une affection de la moelle épinière ou de ses membranes s'accompagne d'une altération dans la qualité de l'urine, qui prend une odeur ammo-

niacale. Je n'ai jamais observé ce symptôme dans la forme de paraplégie que je viens de décrire. Ici, l'urine est trouble, rare, et rendue plus souvent qu'à l'ordinaire. Mais je ne lui ai jamais trouvé le caractère ammoniacal, même lorsque la maladie était avancée et le malade complètement alité. Si l'observation apprend que cette condition de l'urine est constante, elle deviendra un signe distinctif précieux.

» Chez les malades atteints de la paraplégie qui nous occupe, à peine existe-t il quelque symptôme qui puisse attirer l'attention vers le cerveau ou la moelle épinière, et faire croire que l'un ou l'autre soit le siège de la maladie. Il n'y a de douleur ni à la tête, ni sur le trajet de la moelle épinière; rarement la pression sur les apophyses épineuses en provoque-t-elle; les malades jouissent de toute la vigueur de leur intelligence; tous les organes des sens sont dans leur état normal; les fonctions respiratoires et circulatoires sont intactes; souvent même le pouls ne subit pas la plus légère altération; lors même que le malade souffre le plus, l'appétit se conserve généralement; mais presque toujours la constipation est généralement opiniâtre.

» Le pronostic de cette affection est toujours fâcheux, surtout si elle existe depuis long-temps, si elle est accompagnée d'une excitation morbide ou d'une paralysie de la vessie ou du rectum, et en proportion de la lenteur avec laquelle elle fait son invasion. Il est aussi d'autant plus fâcheux qu'il y a eu moins de douleur ou de fourmillemens dans les membres inférieurs.

» Quant au traitement, je n'ai jamais vu de bons effets résulter des applications locales sur le rachis. Les vésicatoires et les cautères sur le dos et sur les lombes, tourmentent beaucoup le malade, et ne produisent pas la moindre amélioration. J'applique habituellement mes moyens thérapeutiques locaux sur les jambes et sur les cuisses, choisissant les parties de ces membres dont la peau

jouit du plus haut degré de sensibilité. Je place successivement un grand nombre de vésicatoires le long de la partie interne des jambes, et à la partie antérieure ainsi qu'à la région interne des cuisses. La pratique de la médecine nous fournit plusieurs preuves de l'utilité qu'il y a à faire des applications stimulantes sur les ramifications nerveuses, dans les cas où un tronc nerveux est affecté. Outre les vésicatoires répétés, j'emploie des linimens stimulans. Au bout de quelque temps, je commence l'emploi de la strychnine, et je persiste jusqu'à ce que des effets appréciables soient produits sur l'économie animale; alors j'ai recours au soufre. Tels sont les deux médicamens employés à l'intérieur, dont j'ai retiré le plus de fruits. On employera aussi avec avantage, le soufre à l'extérieur sous forme de bain. D'où il résulte que l'on pourra prescrire les eaux minérales de Lucan, Harrogate, Baden, Barrèges, etc. Le mercure paraît décidément nuisible. Dans trois cas où il a été employé il a fait plus de mal que de bien. »

Ce qu'on vient de lire nous a paru assez intéressant pour que nous n'ayons pas craint de nous y arrêter pendant longtemps, et nous avons employé à un seul sujet tout l'espace qui nous était accordé pour rendre compte du cours de clinique du professeur Graves. Cependant ce cours est riche d'idées et de faits; il est aussi varié que substantiel. Ainsi, le professeur a traité avec un soin tout particulier des *ulcérations qui se forment par suite du séjour au lit, dans les fièvres continues, et de leur traitement.* Il a décrit un mode de traitement qui lui est propre, et qui consiste dans *l'emploi du tartre stibié combiné avec l'opium, à une époque avancée des fièvres graves.* Il a tracé d'une manière remarquable l'*histoire d'une fièvre* (spotted fever) *qui a régné épidémiquement à Dublin, de 1834 à 1835.* Il s'est occupé des *diverses conditions morbides qui peuvent donner lieu à l'amaurose.* Il a fait connaître les bons effets qu'il a retirés de l'*emploi de l'acétate de plomb dans*

le choléra. On trouve dans ses leçons, un cas intéressant d'*œsophagite aiguë*, un cas curieux de *mobilité remarquable du sternum*, etc., etc., etc. Nous publierons ces deux faits.

Nous recommandons vivement ces leçons à tous les médecins qui seront assez heureux pour se les procurer et pour pouvoir les lire. G. R.

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie.

INFLUENCE DU SYSTÈME NERVEUX SUR LE DÉVELOPPEMENT DU SYSTÈME MUSCULAIRE; *par le prof. Alessandrini.* — Dans les *Annales d'histoire naturelle* (1829), M. Alessandrini avait publié la description d'un fœtus de veau dans lequel une portion de la moelle épinière manquait, et il a fait remarquer cette anomalie singulière, que toute la partie du système des muscles volontaires qui reçoivent leurs nerfs de la moelle manquante, n'existait point non plus. La colonne vertébrale et la moelle épinière se terminaient subitement au niveau de la dixième vertèbre dorsale, une partie du tronc et les membres postérieurs n'offraient aucune trace de muscles. Cependant ces parties, constituées par du tissu cellulaire, offraient d'ailleurs leurs conditions naturelles. Les tégumens, le tissu adipeux, le système vasculaire, les tissus osseux et aponévrotique de ces membres, ne paraissaient avoir été nullement influencés, soit pour leur développement, soit pour leur structure, par l'absence totale de nerfs spinaux. La relation qui existe entre le développement des nerfs et celui des muscles, a longtemps occupé les physiologistes; mais un fait unique, quoique frappant, ne suffit point pour servir de base à une hypothèse quelconque sur un sujet si intéressant et si controversé. Un nouveau fait s'est présenté au professeur Alessandrini. Il est devenu possesseur d'un fœtus de truie, à terme, qui avait été tuée au marché public de Bologne. Ce monstre était parfaitement semblable au premier. Une grande partie de la colonne vertébrale manquait, et la moelle épinière se terminait brusquement au niveau du cinquième nerf dorsal La tête, le cou,

la région antérieure du thorax et les membres thoraciques, étaient fournis de muscles très-développés. Mais la région postérieure du thorax et tout l'abdomen avaient l'apparence d'un large sac ovoïde, à parois aponévrotiques, soutenu inférieurement par les os innominés auxquels les membres pelviens étaient attachés. Toute trace de tissu musculaire cessait brusquement au niveau du lieu où les parois osseuses du thorax, le rachis et la moelle venaient à manquer. Parmi les muscles qui habituellement constituent les parois abdominales, on voyait seulement des portions de ceux qui s'attachent en un point élevé sur le thorax, et reçoivent des filets nerveux des premières paires dorsales. Une grande partie des parois thoraciques, la totalité des parois abdominales et les membres postérieurs, étant privés de nerfs spinaux et de muscles volontaires, étaient seulement composés des parties essentiellement formées de tissu cellulaire. Les viscères de la poitrine et de l'abdomen, où l'on pouvait facilement reconnaître les branches du nerf vague et du grand sympathique, étaient dans un état normal. Les couches de fibres musculaires étaient très-visibles dans toute la longueur du canal intestinal, ainsi que sur la vessie urinaire, organes qui, n'étant point soumis à l'empire de la volonté, se développent sous l'influence du grand sympathique.

Le deuxième monstre était plus curieux encore que le premier, parce que une petite portion de la colonne vertébrale caudale réapparaissait entre les os innominés, et contenait un cylindre grêle de matière médullaire, de laquelle se détachaient quelques filamens nerveux très-fins, qui se distribuaient à quelques faisceaux de fibres musculaires représentant les muscles de la queue. Ainsi le système des muscles volontaires renaissait en même temps que le développement imparfait des nerfs des vertèbres caudales.

Des deux faits qui précèdent, l'auteur déduit les corollaires suivans :

1.° Le système nerveux a plus d'influence que le système vasculaire sur la formation de la fibre musculaire. Dans les deux cas cités, les vaisseaux sanguins étaient régulièrement disposés dans les membres postérieurs. Mais partout où manquaient les nerfs spinaux, le tissu musculaire manquait.

2.° La fibre musculaire se forme non-seulement sous l'influence des nerfs de la vie animale, mais encore sous celle de la vie organique.

3.° Dans les deux monstres cités, les parties privées de nerfs spinaux et de muscles volontaires, n'étaient pas complètement

sans traces d'un système nerveux. En effet, de gros filets du grand sympathique accompagnaient les ramifications des artères iliaques, et les parties des vaisseaux abdominaux qui ne sont point ordinairement fournies de nerfs étaient, dans le cas présent, accompagnées de nombreux filets.

4.° L'absence de substance nerveuse dans le règne végétal, emporte avec elle l'absence correspondante de fibre musculaire, et c'est la coexistence de ces deux tissus qui constitue le caractère anatomique essentiel par lequel les animaux sont distingués des plantes.

5.° L'existence, dans le second monstre, d'une portion de la moelle épinière complètement distincte du reste, et séparée de lui par un intervalle considérable, est une preuve que les diverses sections, c'est-à-dire, les divers *nuclei* ou centres de l'arc cérébro-spinal, se forment et se développent indépendamment les uns des autres. (*Bullettino di Bologna*, janvier 1835, et extrait dans *The american Journ.*, etc., 1835, N.° 32).

Pathologie.

Œsophagite aigue; *par le professeur Graves.*— Ce fait est digne d'attention, à cause de la rareté de cette maladie, et parce que les symptômes en ont été décrits par les auteurs d'une manière imparfaite ou erronée. Le docteur Mackintosh dit, dans ses *Elements of Pathology* (T. I.er, p. 228), que, de tous les tissus du corps humain, l'œsophage est peut-être le moins susceptible d'être malade; qu'en général, il est difficile de reconnaître l'inflammation de l'œsophage avant qu'il ne soit ulcéré et rétréci; et enfin qu'il n'a vu qu'un cas d'inflammation générale de ce canal, qui ne fût pas causé par le poison. Aussi n'est-il point étonnant que la description donnée par cet auteur soit très-inexacte, de même que celle des autres auteurs. La meilleure description de cette maladie a été donnée par J. P. Frank, dans son *Epitome.* Le docteur Abercrombie a rapporté un cas bien caractérisé d'œsophagite. Dans l'observation qu'on va lire, la phlegmasie était bien évidemment l'effet du froid; elle se développa chez un sujet jouissant d'ailleurs d'une bonne santé, et elle parcourut ses périodes en peu de jours. C'est le malade lui-même qui raconte l'histoire de son affection :

« Le 24 février 1835, après avoir éprouvé pendant quelques jours la sensation qui annonce un rhume commençant et une sorte de mal de gorge, je ressentis de la douleur dans un point qui semblait

correspondre à la partie gauche de la racine de la langue. Peu-à-peu cette sensation pénible se propagea de haut en bas. Il se forma vers la partie inférieure du gosier, un anneau douloureux pendant la déglutition. La douleur était plus vive du côté gauche.

» Le 26, je pris un morceau de pain avant mon diner, et j'essayai de l'avaler. J'éprouvai alors une vive douleur qui prenait naissance dans le pharynx, et descendait vers la poitrine; il semblait que le morceau de pain était arrêté par quelque obstacle, et qu'il continuait ensuite à descendre vers le dos entre les deux épaules, avec un redoublement de la douleur. A diner, mon appétit était intact: mais les efforts que je fis pour avaler déterminèrent de vives douleurs. La nuit se passa dans un état d'agitation extrême, avec céphalalgie. Un léger changement de position suffisait pour réveiller les douleurs. Celles-ci semblaient occuper toute la poitrine, et, s'irradiant vers le dos, elles produisaient une sensation de chaleur brûlante entre les deux épaules.

» Le 27, en essayant d'avaler, je ressentis une douleur si vive, que je ne pus retenir un cri. Il me semblait que tout le canal qui s'étend du pharynx à l'estomac était enflammé, et que toutes les substances ingérées, soit liquides, soit solides, étaient obligées de se frayer, douloureusement pour moi, un passage. Lorsque j'avalais une bouchée, il me semblait douteux qu'elle pût descendre jusqu'à l'estomac. »

Tels sont les détails fournis par le malade lui-même. Je dois ajouter que le 28, l'inflammation commença à diminuer, et qu'elle disparut complètement en peu de jours. Le traitement consista dans l'abstinence, et l'emploi des diaphorétiques antimoniaux. On n'apercevait aucune rougeur dans la partie du gosier qui est accessible à la vue lorsque la bouche est ouverte. (*Extrait des leçons du docteur Graves*, dans *The Lond. med. and surg. Journ.*, N.° 172).

Mobilité et ramollissement remarquables du sternum; *par le professeur Graves.* — Un élève en médecine, âgé de 19 ans, de tempérament sanguin, qui avait été souvent affecté d'inflammation grave de la poitrine, notamment il y a quelques années, mais qui depuis était devenu bien portant et robuste, me consulta au sujet d'une sensation douloureuse qui avait son siège dans la poitrine. Il ouvrit sa chemise, et, au grand étonnement de plusieurs étudians et du docteur Law, qui étaient présens, il poussa, avec sa main, son sternum d'avant en arrière, vers la colonne vertébrale, de manière à convertir la partie antérieure du thorax en une vaste et profonde excavation au fond de laquelle était situé le

sternum. La promptitude avec laquelle il opérait ce déplacement, et la conformation extraordinaire qui en résultait, faisaient éprouver une sensation pénible aux spectateurs qui avaient beaucoup de peine à ne pas croire qu'il s'exposait à une lésion grave. La portion du thorax qui cédait ainsi à la pression, comprenait le sternum à partir d'une ligne située à deux pouces au-dessous de son bord supérieur. Au-dessous de cette ligne elle était limitée, de chaque côté, par une ligne correspondant à la jonction des cartilages costaux avec la portion osseuse des côtes, de sorte qu'elle était triangulaire et très-étendue. Le sternum était si peu résistant, que ce jeune homme était obligé d'appliquer la pression à quelque distance au-delà de cet os de chaque côté. Quand la pression était portée au maximum, le sternum était refoulé aussi près qu'on peut le deviner de la colonne vertébrale, à une profondeur d'environ deux pouces. Alors les mouvemens du cœur et ceux du poumon sous-jacent étaient notablement diminués, et le pouls devenait plus faible. Ce jeune homme était sujet non-seulement à une douleur permanente ayant son siège dans le sternum, mais encore à des palpitations intenses. Sa poitrine était suffisamment large et bien conformée; mais son dos s'était arrondi depuis peu de temps, parce qu'il trouvait du soulagement à se courber en avant. Aucune autre partie de son système osseux n'offrit la plus légère trace de ramollissement.

La seule affection que je puisse rapprocher de celle-ci, est le ramollissement qui affecte quelquefois le bassin, chez des sujets du sexe féminin, et qui donne lieu à des déformations très-marquées. Ce ramollissement, en effet, s'accompagne pendant sa durée, qui est de plusieurs mois et même de plusieurs années, de douleurs très-vives dont le siège est le bassin. (*Extr. des leçons du docteur Graves*, dans *The Lond. med. and surg. Journ.*, N.° 175).

Rupture de l'aorte descendante par suite d'une chute peu élevée; *par le docteur F. de Angelis.* — Un homme âgé de 35 ans, replet, de taille ordinaire, robuste, était occupé, dans les champs, à cueillir des olives, lorsque le barreau de l'échelle sur lequel il reposait, à-peu-près à hauteur d'homme au dessus du sol, se rompit. Il tomba, et ses mains portèrent sur le sol. Une heure auparavant, vers midi, il avait mangé et bu comme à l'ordinaire. En se relevant, il affirma que cette chute ne lui avait fait aucun mal; il remonta sur son échelle, continua à cueillir des olives; puis vers le soir il retourna chez lui, en portant son échelle sur son dos. A peine arrivé à sa maison, il éprouva du malaise et

un besoin trompeur d'aller à la selle. Comme il se disposait à satisfaire à ce besoin, il tomba par terre et mourut.

Autopsie cadavérique. — Extérieurement, une vaste ecchymose occupait la partie postérieure du tronc depuis la région pectorale jusqu'aux fesses. Les organes encéphaliques étaient sains; les intestins et l'estomac étaient jaunâtres, et dans quelques endroits colorés en rouge; ils renfermaient des matières en partie digérées; tous les autres viscères abdominaux étaient sains. La cavité gauche de la poitrine renfermait une quantité immense de sang, dont la sérosité et la fibrine s'étaient séparées, et dont on pouvait évaluer la quantité à sept livres; le poumon, le cœur et le péricarde étaient sains, mais l'aorte descendante offrait une déchirure du diamètre d'un demi-pouce environ, à la hauteur de la septième vraie côte. (*Il Filiatre Sebezio*, février 1836).

Gangrène sèche des premières phalanges de tous les doigts des deux pieds et des deux mains; *par le D.r Portal.*—R. M., de Palerme, âgé de 34 ans, de constitution robuste et de tempérament bilieux, s'était abandonné sans frein aux plaisirs et à la débauche, et avait contracté de nombreuses maladies syphilitiques qui avaient toutes été mal guéries. Il fut obligé de se soumettre à diverses fatigues auxquelles il n'était point habitué, et entr'autres, à bivouaquer la nuit aux mois de septembre et d'octobre, dans les campagnes voisines de Palerme. Dans le mois d'octobre, il éprouva, dans le doigt auriculaire de la main gauche, des douleurs légères accompagnées d'un engourdissement auquel il fit peu d'attention. Mais en peu d'heures, les doigts des pieds furent pris du même engourdissement sans aucune douleur. Le malade attribuant ces symptômes à un refroidissement, se mit au lit, et but des boissons sudorifiques. Le jour suivant, une sensation douloureuse se manifesta, non-seulement dans les doigts des deux mains, mais encore dans ceux des pieds, se propageant jusqu'à l'articulation tibio-tarsienne. Les douleurs devenant très-vives, on consulta un médecin qui prit la maladie pour un rhumatisme, et prescrivit en conséquence des frictions mercurielles à la partie interne des cuisses. Cependant la maladie faisait des progrès lents; la douleur était surtout très-vive dans les articulations radio-carpiennes. On consulta d'autres médecins qui, n'ayant pas l'espérance de guérir la maladie, demandèrent que l'on fit venir un chirurgien. Le docteur Portal fut appelé dans le mois de novembre, auprès du malade; il reconnut une gangrène sèche qui s'était annoncée par les symptômes indiqués ci-dessus, avec prostration générale des forces, sans fièvre;

le visage, ainsi que tout le corps, était d'une pâleur mortelle ; les yeux étaient fixes ou roulaient langüissamment dans leurs orbites, puis s'arrêtaient comme ceux d'un idiot, ou comme si l'esprit affaibli du malade avait été frappé par quelque objet effrayant. L'abdomen était dur et tuméfié; l'émission de l'urine et les selles n'étaient point interrompues; le bout des doigts et des orteils, de la première à la seconde phalange, était devenu noir comme du charbun, dur comme de la corne, et insensible au toucher ; la partie saine qui succédait immédiatement à la partie gangrénée était légèrement rouge. Fixé sur la nature de la maladie, le docteur Portal prescrivit des cataplasmes toniques sur les mains et sur les pieds. Il prescrivit à l'intérieur la mixture suivante : extrait de quinquina, deux drachmes; assa-fœtida, douze grains; opium. quatre grains, à prendre en quatre doses. Il prescrivit, en outre, deux onces de lait d'ânesse toutes les trois heures. Ces prescriptions furent exécutées à moitié, ce qui engagea le docteur Portal à faire entrer le malade à l'hôpital, dans son service. Il continua ce traitement local et général pendant plusieurs jours, jusqu'au moment où il aperçut, sur la limite de la partie gangrénée, le cercle inflammatoire vermeil qui annonçait que l'organisme, reprenant ses forces, établissait la séparation du mort et du vif. Alors, ne voulant plus différer la résection des phalanges des doigts et des orteils, il pratiqua cette opération le 2 décembre, en se servant de la tenaille incisive pour les orteils, et d'une scie ordinaire pour les doigts. Les plaies furent pansées d'abord avec de la charpie sèche; plus tard, on employa le cérat de Galien et l'onguent styrax. Enfin, pour en achever la guérison, on les toucha avec la pierre infernale. Le malade sortit de l'hôpital, parfaitement guéri, au bout de quarante-six jours. (*Il Filiatre Sebezio*, mars 1836).

Luxation compliquée du radius : *Luxation en avant de la tête du radius sur l'humérus ; fracture du cubitus à sa partie supérieure ; guérison. — Obs. communiquée par M. Nivet, interne des hôpitaux.* — Il n'existe pas sur cette espece de luxation, dont l'existence a été niée par divers auteurs modernes (1), un assez grand nombre d'observations, pour ôter tout intérêt à celles que l'on pourrait recueillir maintenant. C'est ce motif qui nous a engagé à publier le fait suivant :

---

(1) *Voyez*, pour la description générale et l'histoire de cette luxation, un article de M. Gerdy, dans le N.° de février 1835, 2.e série, t. VII, p. 149.

Le 8 juillet 1834 est entrée dans la salle Sainte-Thérèse, à l'hôpital des Enfans-Malades, service de M. Baffos, Adélaïde, agée de 13 ans. D'après les renseignemens fournis par la sœur de la malade, il paraîtrait qu'Adélaïde jouant avec son frère serait tombée à la renverse, et que le bras aurait été pris entre le corps et le le pavé: l'accident est arrivé dans la matinée.

Après l'entrée de la malade à l'hôpital, nous avons trouvé l'avant-bras gauche très-déformé, dans l'extension forcée; en arrière et au-dessous de l'épicondyle on sent une dépression très-marquée, que l'absence de gonflement permet facilement d'apprécier. En avant, au contraire, on trouve à la partie externe du pli du coude une tumeur dure, arrondie, qui suit les mouvemens imprimés au radius, et qui est évidemment formée par la tête de cet os. La flexion est impossible.

Le cubitus est fracturé à l'union de ses trois-quarts inférieurs avec le quart supérieur. Le fragment supérieur est étendu sur le bras, l'inférieur ne suit pas la même direction que lui; il est oblique de bas en haut, et un peu d'arrière en avant; il est aussi plus rapproché du radius que le fragment supérieur. On remarque, du reste, comme dans les fractures de l'avant-bras, la diminution du diamètre transverse, l'augmentation de l'antéro-postérieur. Il est facile de déterminer la crépitation en imprimant des mouvemens en sens opposés aux deux fragmens. L'extrémité inférieure du cubitus, en se portant vers les tégumens pendant la chute, les a déchirés; il en est résulté à la partie interne et un peu antérieure de l'avant-bras, une petite plaie d'une à deux lignes de diamètre, entourée d'une ecchymose peu étendue.

La réduction fut faite par l'interne de garde (M. Gendron). L'avant-bras étant demi-fléchi, un aide a saisi la partie inférieure du bras, un autre le poignet, et pendant qu'on pratiquait l'extension et la contr'extension, il a été facile de réduire la luxation en repoussant la tête du radius en arrière. Le coude et l'avant-bras ont alors repris leur forme normale. On a appliqué l'appareil ordinaire des fractures de l'avant-bras, et des compresses résolutives autour du coude. 9 Juillet: l'enfant a souffert beaucoup pendant la nuit et a été agité; le pouls est fréquent, le coude douloureux, la main gonflée, rouge, engourdie. On applique un bandage roulé autour de la main, et on relâche un peu celui de l'avant-bras. 10 Juillet: les accidens ont disparu; la malade a bien dormi, le pouls est naturel, le coude est peu douloureux.

Les jours suivans, du 15 juillet au 2 août, on renouvelle l'appa-

reil. La petite plaie se cicatrise rapidement; la fracture est consolidée au 25.e jour de la maladie; la roideur, soit dans les mouvemens de flexion et d'extension, soit dans ceux de pronation et de supination, disparaît peu-à-peu, et la malade sort guérie le 5 août.

Thérapeutique.

Hémiplégie guérie a la suite d'une commotion produite par la foudre; *obs. par le docteur Giuseppe Barrea.* — N...., paysanne, âgée de 46 ans, mère de plusieurs enfans, de tempérament bilioso-sanguin et de forte constitution, éprouva, après un accouchement heureux qui eut lieu le 8 juillet 1835, à la suite duquel l'écoulement des lochies se supprima, un obscurcissement de la vue, un tremblement de la tête, et une difficulté commençante de la parole, avec quelque trouble de l'intelligence. Au bout de quelques jours, son visage devint leucophlegmatique; la région pubienne se tuméfia et devint douloureuse; cependant l'appétit resta assez bon. A peine s'était-il écoulé quinze jours depuis son accouchement, lorsqu'elle fut prise de convulsions hystériques à la suite desquelles tout le côté droit resta paralysé, avec perte complète du mouvement et diminution seulement de la sensibilité. C'est alors que je fus appelé pour la première fois auprès de la malade. J'employai le bain tiède, puis une saignée, et quelques purgatifs. Ensuite, dans le but d'obtenir une cure radicale, je prescrivis la valériane en pilules, avec le kermès minéral et le castoréum; je fis faire des frictions avec la teinture de valériane et d'ambre sur le trajet de la colonne vertébrale, sans oublier les vésicatoires sur les membres paralysés. Malgré tous ces moyens, la paralysie persista. Le 16 juillet suivant, la foudre tomba sur la maison habitée par la malade, et fit ressentir ses effets dans la chambre même où elle était couchée et à peu de distance d'elle. Lorsque j'arrivai auprès de la malade, elle était dans une angoisse mortelle, et en proie à un tremblement général, causé par la frayeur. Je me bornai à pratiquer une saignée. Le lendemain, je fus fort étonné de trouver cette femme dans un état de santé très-satisfaisant, et maintenant elle se porte à merveille. (*Il Filiatre Sebezio*, janvier 1836).

Emploi de la strychnine dans le traitement de diverses formes de paralysie; *par le docteur Bardsley.* — Dans un premier travail ayant pour objet de démontrer les propriétés médicamenteuses de la strychnine, de la brucine, etc., le docteur Bardsley ne

reconnaissait point à la strychnine une vertu spécifique contre la paralysie. Ce médicament, disait-il, n'a produit aucun effet dans quelques cas, bien que le plus souvent il ait procuré un soulagement notable. Après avoir recommencé les mêmes recherches, et avoir comparé aux résultats obtenus par lui les résultats obtenus par d'autres expérimentateurs, il affirme maintenant que la strychnine est utile, spécialement dans les paralysies qui dépendent d'affaiblissement de la puissance nerveuse, et qu'elle convient mieux dans les paralysies transversales qui ne sont pas causées par une affection de la moelle épinière que dans l'hémiplégie; ajoutant toutefois que la strychnine peut être quelquefois utile dans ce dernier cas, lorsque la lésion cérébrale n'est pas grave, et que les nerfs n'ont pas perdu toute aptitude à ressentir les effets des stimulus. Dans tous les cas, il donne le sage conseil de commencer l'emploi de ce médicament à très-petites doses, et d'élever celles-ci très-lentement, jusqu'à ce que l'effet s'en fasse sentir sur l'économie. Ces considérations sont appuyées sur plusieurs observations de paralysies guéries par ce moyen. Dans un cas où le malade prit un grain et demi de strychnine, à doses fractionnées, il se manifesta subitement des symptômes tétaniques : perte de la parole ; dilatation des pupilles ; pouls irrégulier ; respiration anxieuse, délire ; et la mort eut lieu en peu de temps. Outre la rétraction des doigts et la rigidité de tout le système musculaire, on trouva les vaisseaux cérébraux gorgés de sang noir, l'arachnoïde était épaissie et opaque ; l'artère basilaire et le cercle de Willis étaient dans un état anormal (lequel?); on trouva un caillot sanguin dans le corps strié et à l'entour; la substance cérébrale était ramollie; les membranes de la moelle étaient très-rouges et très-vasculaires; entre la pie-mère et l'arachnoïde, dans la région correspondante aux deux dernières vertèbres dorsales et aux deux premières lombaires, existaient quatre grumeaux sanguins; au-devant, l'arachnoïde était opaque et épaissie ; cependant la substance de la moelle était saine. Bien que la plupart de ces traces morbides dussent être attribuées à l'attaque d'apoplexie qui avait causé l'hémiplégie, cependant le docteur Bardsley pense que c'est à l'emploi de la strychnine que l'on doit rapporter la rougeur des tuniques du cerveau et de la moelle épinière. Il ne croit point que l'on ait dans ce cas dépassé la quantité convenable de strychnine, dont la dose avait été augmentée très-lentement, mais il pense que, dans la disposition morbide où était le cerveau, une légère excitation était suffisante pour produire de graves accidens.

Le docteur Bardsley rend compte ensuite de quelques expériences exécutées sur plusieurs chiens, avec la strychnine, par le docteur Booth, qui, s'appuyant sur le fait cité plus haut, et sur ses expériences, conclut qu'il est erroné de croire que la strychnine agit directement sur la moelle épinière par l'intermédiaire du sang, sans exercer en même temps aucune action sur le cerveau. Dans les faits observés par lui, la strychnine a toujours produit des phénomènes subordonnés au cerveau, et, très-souvent, sans avoir déterminé aucun de ceux qui sont caractéristiques de son action sur la moelle. Le docteur Roots, qui a employé la strychnine dans des cas de paralysie, a observé aussi des phénomènes cérébraux, tels que des vertiges, de la céphalalgie, des éblouissemens, des étourdissemens.

Le docteur Duncan n'a point trouvé de moyen plus efficace que la strychnine dans les paralysies qui dépendent du froid et de l'action du plomb. Wilson l'a employée avec succès dans deux cas de paralysie des membres inférieurs, consécutive à une grave contusion de la colonne vertébrale.

Le docteur Bardsley n'a jamais employé la strychnine contre l'amaurose ; mais il pense que ce serait un sujet intéressant d'expérimentation. Il cite trois cas de paralysie du muscle élévateur de la paupière supérieure, dans lesquels la guérison a été obtenue au moyen de la strychnine répandue à la dose d'un dixième de grain, matin et soir, sur le derme dénudé de la paupière. Il employait en même temps le galvanisme.

Il résulte des tableaux qui accompagnent le mémoire du docteur Bardsley, que ce médecin, dans deux cas, a commencé par un sixième de grain intérieurement, et qu'ayant porté graduellement la dose jusqu'à un demi grain, trois fois par jour, le malade éprouva des désirs violents. Extérieurement, sur le derme dénudé, la dose était d'un quart de grain, élevée graduellement à un grain, un grain et demi, et même deux grains deux fois par jour. Des vingt malades auxquels le médicament fut administré à l'intérieur, sept guérirent parfaitement, huit n'en retirèrent que peu ou point d'amélioration, le reste fut plus ou moins soulagé. Des douze malades auxquels la strychnine fut donnée en même temps à l'intérieur et à l'extérieur, quatre recouvrèrent leur santé première, cinq éprouvèrent une amélioration notable, et chez les autres elle ne produisit aucun effet. Sur huit cas de paralysie saturnine des mains, la strychnine en guérit cinq, et porta du soulagement aux trois autres. (*The trans. of the prov. med. and surg. Association*. T. II; Lond. 1834; et extrait dans *Annali universali*, avril 1836).

NOUVEAU MODE D'OPÉRATION DU PHIMOSIS; *note communiquée par A.-F. Malapert, docteur-médecin, chirurgien-major au 12.e de Chasseurs.* —Une opération très-minime est certainement celle du phimosis; cependant il est fort important, pour ceux qui l'ont subie, de ne pas acquérir à sa suite une difformité ridicule et gênante. Telle qu'elle est pratiquée encore généralement aujourd'hui, cette opération a pour inconvéniens de convertir le prépuce en un lambeau pendant, gênant pour la copulation, d'un aspect désagréable, et qui laisse toujours le gland découvert antérieurement et exposé au frottement; c'est-à-dire qu'il reste à l'opéré, qui regrette qu'on n'en ait pas fait l'ablation totale, un prépuce difforme, embarrassant, et qui ne remplit aucune des fonctions auxquelles il était destiné. L'avantage du procédé que j'emploie est de laisser à l'organe sa forme naturelle. La cicatrisation achevée, et le gonflement consécutif disparu, il ne demeure plus trace d'opération. Deux incisions au prépuce, et une au filet, constituent ce procédé. Ces trois débridemens se trouvent à une égale distance l'un de l'autre. Les incisions du prépuce doivent être étendues à proportion du resserrement de l'orifice. Elles auront quatre, cinq, ou six lignes; jamais plus.

Chez le sergent B..., du 47.e de ligne, l'orifice du prépuce était d'une étroitesse considérable; son diamètre, d'une ligne et demie environ, était moins grand que le diamètre longitudinal de l'urètre. Le 2 septembre 1834, après l'avoir fait asseoir devant moi, je traçai à l'encre un point sur chaque région latérale et un peu supérieure de la zône antérieure du prépuce, à cinq lignes en arrière de son bord libre. Avec une pince, je soulevai légèrement à côté du lieu à inciser, et j'introduisis à plat mon bistouri, dont je fis sortir la pointe au point marqué à l'encre, puis j'incisai en baissant la main et tirant à moi. Même conduite du côté opposé. Il faut avoir l'attention de bien couper la muqueuse autant que la peau, et d'y revenir si c'est nécessaire. Ces deux incisions me permirent de découvrir le gland et de couper avec des ciseaux le frein, dans l'étendue d'une ligne et demie. Quelques minutes après, l'écoulement du sang arrêté, je renversai le prépuce en arrière, et je pansai, avec de la charpie sèche, une compresse en croix de Malthe, percée à son centre, correspondant à l'orifice de l'urètre, puis une bande. Guérison au bout de dix jours. Sortant de l'infirmerie, il reste du gonflement qui se dissipe graduellement. Lorsque, le 17 octobre suivant, il vient me voir, tout gonflement a disparu, et il serait difficile de s'apercevoir que ce sous-officier a été opéré

du phimosis. Depuis, j'ai souvent fait cette opération, et quelques mois après, en mettant à côté l'un de l'autre deux hommes dont un seul ait été opéré, on ne peut réellement, si l'on n'en a connaissance à l'avance, savoir lequel.

Toxicologie.

Empoisonnement mortel par l'arsénic employé a l'extérieur; *obs. par le docteur Küchler.* — H...., âgée de 68 ans, hotellière, d'une taille peu élevée, amaigrie depuis quelques années, un peu voûtée, mais d'une constitution encore assez solide, consulta le docteur Küchler au mois de novembre 1834. Bien portante autrefois, elle n'avait eu qu'une affection fébrile dont elle s'était bien retablie. Cependant depuis six à dix ans, elle était affligée d'une toux avec dyspnée et expectoration de mucosités visqueuses, qui altérait aujourd'hui sa santé, sans toutefois l'empêcher de vaquer à ses affaires. Depuis sept ou huit ans (elle ne peut préciser la date), il s'était développé sur la partie moyenne de la tempe droite, une petite pustule rouge, accompagnée d'un peu de prurit. Frottée et déchirée chaque jour par le peigne, elle devint le siège d'un suintement continuel, augmenta de volume, et se couvrit enfin d'une croûte, qui, s'étant détachée après un temps assez long, laissa voir une tumeur fongueuse formant, au-dessus du niveau de la peau, une saillie assez prononcée. Ce fongus grossissant peu-à-peu, un chirurgien l'attaqua il y a deux ans par un caustique, et la tumeur diminua rapidement d'une manière notable. Mais depuis cette époque, elle avait pris de nouveau de l'accroissement, et acquis le double de son volume primitif. Elle augmentait encore chaque jour, et à chaque pansement il s'écoulait beaucoup de sang et de pus, de sorte que la santé générale de la malade s'en trouvait notablement altérée, par la perte des forces et de l'embonpoint, et la diminution du sommeil et de l'appétit.

Lorsqu'il l'examina, le docteur K. trouva toute la région temporale entièrement occupée par une tumeur fongueuse de 24 à 30 lignes de diamètre, saillante de deux lignes et demie, d'une consistance très-molle, assez semblable à un chou-fleur ; ses bords étaient saillans dans presque toute la circonférence, comme coupés à pic, renversés en dedans, et, en quelques points, épais et bosselés. Presqu'indolore, la tumeur n'était douloureuse qu'aux changemens de température. Au toucher, il s'en écoulait du sang et du pus ; elle était d'ailleurs mobile, sans aucune adhérence, et s'étendait du bord externe de l'arcade sus-orbitaire, jusqu'à la racine de l'hé-

lix, en descendant jusqu'au niveau du bord inférieur de l'orbite. Du reste, la peau, le tissu cellulaire, les ganglions lymphatiques ne présentaient aucune altération. Les sens étaient intacts, les fonctions digestives en bon état; et du côté de la respiration il existait une toux accompagnée de dyspnée et d'une expectoration d'un blanc-jaunâtre, un peu visqueuse, homogène.

Après l'emploi continué pendant plusieurs semaines de moyens généraux capables d'améliorer la constitution, et d'autres spécialement dirigés contre la toux, et aidés d'un régime convenable, la malade ayant repris un état de bien-être qu'elle n'avait plus ressenti depuis longtemps, la respiration étant redevenue plus facile, et des lotions de sublimé ayant produit une certaine diminution de sécrétion et même une légère réduction dans l'étendue de la tumeur, le docteur K. mit en usage la poudre arsénicale du Père Cosme (le 19 novembre). Il employa les 4/5 de la dose indiquée dans la formule : ℞ Sulfure rouge de mercure, ʒ ij; oxide de blanc d'arsénic, ℈ ij; sang-dragon, gr. xij; cendres de vieilles semelles, gr. viij.

Il en prit une certaine quantité qu'il délaya dans un peu d'eau, de manière à faire une bouillie liquide qu'il étendit au moyen d'un pinceau sur toute la tumeur, afin d'agir jusque dans la profondeur du fongus, en faisant pénétrer le médicament dans les sillons et les anfractuosités qu'il présentait. Il couvrit ensuite les portions saillantes d'une bouillie plus épaisse, et comme il vit une lymphe transparente suinter de tous les enfoncemens il saupoudra ces points avec la préparation précédente. Ainsi recouverte d'une couche d'arsénic d'environ une ligne d'épaisseur, à en juger par la masse étendue sur le fongus, la surface malade resta exposée à l'air sans aucun pansement.

Au bont de six heures commença une réaction convenable, et le 21 au soir l'aire inflammatoire avait acquis son maximum d'intensité. Elle s'étendait sur toute la moitié de la figure et sur l'œil du côté opposé; les tégumens du crâne n'en avaient que légèrement souffert. Pendant le développement de cette rougeur, la malade avait éprouvé des douleurs assez vives; toutefois son état général était jusque-là assez satisfaisant, et l'on prescrivit pour toute médication une émulsion avec addition d'eau de laurier-cerise. Ce fut alors que se développèrent des symptômes qui, croissant avec une intensité surprenante à mesure que la rougeur disparaissait, conduisirent dans l'espace de trente-six heures la malade à la mort. Un malaise inexprimable, une anxiété extrême ouvrirent la scène.

La malade ne pouvait rester couchée ; elle ne pouvait respirer que dans la position assise, et en mettant en jeu tous les muscles du thorax. La langue était couverte d'un enduit épais ; elle éprouvait un sentiment de constriction à la région précordiale, une soif ardente, et des douleurs intestinales sous forme de coliques, avec envies d'aller à la selle suivies de peu ou point d'évacuation. Au début de ces phénomènes (le 22), le docteur K. prescrivit un émétique (ipécacuanha) administré de telle sorte que la malade en prit 50 gr. dans l'espace d'une heure et demie. Il n'y eut que quelques vomissemens de bile, de mucus et de suc gastrique rendus avec beaucoup d'efforts.

Tous les symptômes allèrent croissant; la malade salivait sans cesse, elle avait présenté pendant le sommeil plusieurs signes de délire, et accusait de la douleur en avalant, et la base de la langue était sensible et tuméfiée. Les extrémités avaient une grande tendance à se refroidir, et le front lui-même se couvrait de temps en temps d'une sueur froide. On prescrivit alors (22 au soir) une émulsion avec huile de ricin et manne, et quatre sangsues sur la langue pour s'opposer à son gonflement progressif.

Cependant cette tuméfaction devint considérable dans la nuit du 22 au 23, et envahit toute la langue, qui devint chaude et d'un rouge intense, et la déglutition fut presqu'entièrement impossible. Le 23, quelques selles demi-liquides avaient été suivies d'un soulagement assez marqué dans la constriction précordiale et dans les symptômes dus à la tuméfaction de la langue. Du reste les forces étaient considérablement déprimées, la respiration toujours très-gênée, le pouls faible et la région frontale froide, tandis que les extrémités avaient repris un peu de chaleur.

A une heure, le docteur K....., rappelé près de la malade, la trouva dans l'agonie ; la dyspnée et l'anxiété étaient extrêmes, les lèvres bleuâtres, le pouls presque nul, les extrémités entièrement refroidies, les voies aériennes tellement remplies de mucosités, qu'on entendait, en appliquant l'oreille, un râle excessivement bruyant. La respiration semblait ne pouvoir se faire qu'à l'aide d'efforts extraordinaires des muscles et du cou. La malade racontait, d'une voix cassée, mais avec une entière présence d'esprit, comment ces symptômes alarmans l'avaient saisie depuis une demi-heure ; mais, pendant ce temps, ses traits et tout son aspect changèrent d'une manière effrayante, et, en prononçant quelques mots d'une voix mourante, elle expira 96 heures après l'application du remède du frère Côme.

Vingt-quatre heures après la mort, le cadavre était froid, roide, et toute la face postérieure du corps colorée d'une teinte bleuâtre. Les parens s'opposèrent à l'autopsie.

Après avoir déjà exposé avec détail, dans le cours de l'observation, les motifs qui l'avaient déterminé à préférer un caustique au bistouri, et à choisir une préparation arsénicale pour détruire ce fongus, l'auteur la fait suivre de considérations intéressantes dans lesquelles il regarde d'abord ce fait comme un véritable cas d'empoisonnement par l'arsenic. Il s'appuie : 1.° sur la nature des symptômes observés et leur mode de succession conforme à ce que disent les auteurs des effets de l'acide arsénieux; le serrement de cœur, l'anxiété, le malaise inexprimable, les palpitations, la dyspnée, la soif extrême, la grande difficulté de la déglutition, la salivation, le gonflement de la langue, les coliques, les ténesmes sans évacuations alvines, etc.; 2.° sur le mode d'application auquel on eut recours, mode d'après lequel une surface de deux pouces de diamètre fut recouverte d'environ trente grains d'arsenic, mais de telle sorte que cet agent chimique ayant pénétré dans les anfractuosités de la tumeur, la surface absorbante gagna en étendue : pénétration qui fut favorisée par la liquidité plus grande que d'ordinaire de la pâte ; 3.° sur les caractères physiques de la partie malade qui facilitait la résorption du poison, lequel agit différemment sur une surface molle et humide, et sur une partie indurée. L'arsenic, n'ayant pas été épuisé par la destruction de la tumeur, continua d'agir sur les parties saines, ce qui rend compte de la lenteur avec laquelle se fit l'empoisonnement, et du développement rapide des symptômes à la fin du 3.e jour. L'auteur s'appuie enfin sur l'état général de la malade, qui favorisait le développement et le rapide accroissement des accidens morbides, et qui, n'opposant qu'une faible réaction à l'agent délétère, explique la mort survenue avant l'apparition des derniers phénomènes qui complètent la série des symptômes de cet empoisonnement, savoir les convulsions et le délire.

L'auteur, recherchant enfin les conséquences pratiques qui découlent de ce fait, termine par les considérations suivantes :

1.° Il regarde l'usage externe de l'arsenic comme contre-indiqué, lorsqu'il doit être appliqué sur une partie de consistance molle, non indurée ;

2.° Il pense que même des préparations arsénicales moins actives seraient dangereuses dans des cas de ce genre, et qu'il faudrait leur préférer une pâte de *sublimé*, comme l'a fait Graefe;

3.° Il hésiterait même à employer désormais l'arsenic dans des

cas de véritables indurations squirrheuses, lardacées, fibreuses, cartilagineuses, si en même temps le système ganglionnaire se trouvait dans un état de souffrance.

4.° Toutefois, malgré ce fait, il ne croirait pas, dans les cas où l'emploi de l'arsenic serait indiqué, devoir employer ce médicament d'une manière moins énergique, soit pour la quantité, soit pour la forme de sa préparation (toujours proportionnée au mal qu'il s'agit de combattre), soit enfin pour la durée de son application, que ne l'ont fait jusqu'à ce jour les plus habiles chirurgiens. (*Medicinische Annalen, von Puchelt, Chelius und Naegele.* T. I. n.° 3).

Académie royale de Médecine.

Séance du 24 mai. — M. Rochoux réclame contre quelques assertions qui lui ont été prêtées. Il n'a jamais prétendu que dans l'apoplexie il y eut toujours abolition de toutes les fonctions cérébrales ; il a dit seulement que quand l'aliénation suivait l'apoplexie, elle était toujours du même genre. Il n'a pas dit davantage que le trouble de la locomotion fût toujours le même dans l'apoplexie. Ce qu'il soutient sur ce point, c'est que, d'après ce trouble, il sera toujours impossible de fixer le siège précis de l'hémorrhagie.

Cow-pox. — M. Bouley communique une note extraite d'une lettre de M. Hering à M. Imelin, dont M. Marc doit donner la traduction, et dans laquelle sont présentées plusieurs observations relatives au cow-pox. A ce propos M. Bousquet fait remarquer que la découverte du cow-pox paraissant d'après ces faits, fréquente dans le Nord, il serait utile qu'on écrivît à M. Hering pour le prier d'envoyer le produit de son inoculation. M. Bousquet ajoute que d'ailleurs cette découverte ne paraît pas produire grand bruit dans le pays, car il y a peu de jours que du cow-pox a été demandé pour Amsterdam, et le chargé d'affaires de Belgique en demande également. — M. Emery voit un fait important dans la note qu'on vient de lire : c'est que les secondes vaccines auraient réussi par moitié à M. Hering, résultat qu'on est loin d'avoir obtenu en France. — Renvoi de la note de M. Bouley à la commission de vaccine. De plus, l'Académie décide qu'on écrira à M. Hering.

Résection du fémur pour un cal vicieux. — M. Clémot, chi-

rurgien en chef de la marine à Rochefort, envoie à ce sujet un mémoire qui contient deux observations. La première est celle d'un enfant de dix jours dont la cuisse gauche, étrangement déformée, représentait une masse charnue arrondie et couchée sur le ventre, à laquelle pendait une jambe, d'ailleurs bien conformée, et jouissant de mouvemens libres et réguliers. M. Clémot ayant appris que cet enfant était venu au monde en présentant le siège, et que l'accouchement avait exigé des efforts assez considérables, pensa de suite que la cause de la déformation était une fracture. Après avoir vainement essayé des tractions méthodiques pendant plusieurs mois, M. Clémot se décida à recourir à la résection du fémur. Une incision de deux pouces fut faite longitudinalement sur le cal; l'aponévrose et la couche musculaire sous-jacente furent successivement incisés, et l'angle osseux apparut. Les parties molles disséquées et repoussées en dedans à l'aide de deux spatules opposées, l'angle osseux, de 112 degrés environ, saillit en entier; alors avec une scie à phalanges une première section fut faite perpendiculairement à l'axe du fragment supérieur, mais ne comprit que les deux tiers de son épaisseur; une seconde section égale fut ensuite pratiquée au fragment inférieur. La perte de substance, peu considérable, fut toute entière aux dépens du cal. La coaptation ne souffrit aucune difficulté, et la guérison était achevée en 70 jours. La cuisse était redressée et alongée, mais l'atrophie du membre ne permit pas que la longueur fût la même que du côté opposé. Du reste, la cuisse jouissait de tous les mouvemens qui lui sont propres. — La seconde observation rapportée par M. Clémot, appartient à un cultivateur âgé de 27 ans, qui, en tombant de dessus une charrette, se cassa la cuisse gauche un peu au-dessus de sa partie moyenne. Après la guérison, le membre resta déformé au point que le coude formé par la réunion des fragmens faisait un angle de 130 degrés; le raccourcissement était de cinq pouces, et la marche impossible. M. Clémot, après s'être assuré que le cal ne pouvait céder à aucune extension, pratiqua sa résection d'après le procédé ci-dessus indiqué. Le 70.e jour, la consolidation nouvelle était achevée. Aujourd'hui la claudication est à peine sensible. M. Clémot se sert pour la fracture de la cuisse d'un double plan incliné dont il a montré le modèle à l'Académie. Cet appareil consiste en deux planchettes de 40 centimètres de hauteur, de 50 de largeur, et de deux d'épaisseur. Ces planchettes, mobiles l'une sur l'autre, sont unies au moyen de charnières. La planchette qui répond à la region anale est échan-

crée. Toutes deux présentent sur leurs bords latéraux des taillades en arêtes destinées à entrer dans les crans d'une crémaillère que supportent denx traverses longues de 1 centimètre 85 centimètres, et qui soutiennent le double plan incliné. A chaque extrémité de ces traverses disposées horizontalement se remarquent des trous par lesquels passent des cordes de la grosseur du petit doigt A partir de leur milieu environ, jusqu'à leur extrémité inférieure, s'étendent des crans de crémaillère d un centimètre de profondeur. Cinq ou six trous placés au niveau des crans sont traversés par des tiges de fer qui se vissant par des écrous à oreilles, rapprochent les pièces de l'appareil. Des sangles fortes et larges remplissent l'intervalle des traverses à l'extrémité qui correspond au tronc du malade. Outre ces diverses pièces, un chevalet mobile est destiné à augmenter ou à dimiuuer la flexion du double plan, et se compose de petits compartimens en bois de 35 centimètres de longueur, et prismatiques, séparés les uns des autres et collés sur une toile écrue qui se rabat sur chaque plan. Au milieu de la rangée de ces prismes, est une pièce de bois arrondie à sa face supérieure, aplatie à sa face inférieure également collée à la toile écrue. Aux deux bouts sont des trous par où descendent perpendiculairement deux bâtons cylindriques de 50 centimètres de longueur, qui vont s'appuyer sur une planchette à mortaise fixée aux deux traverses. Ces bâtons sont percés de petits trous dans leur moitié supérieure, pour recevoir des pistons en fer de la grosseur d'une plume à écrire. — L'appareil étant disposé, on porte le blessé dessus; on serre les écrous des traverses, et le chevalet qui rehausse l'angle d'union des deux plans inclinés est garni de coussins. Des oreillers sont disposés aussi pour soutenir le tronc du blessé, et relâcher les muscles du ventre, ainsi que le psoas et l'iliaque. Le membre fracturé est placé de façon à ce que le jarret appuie sur le chevalet. La contre-extension est faite par le poids du corps; la jambe et le pied sont garnis d'une bande et d'une semelle, et fixés à l'une des tiges de fer qui réunissent les traverses. S'il est nécessaire d'augmenter la flexion, la pièce moyenne du chevalet est élevée à l'aide des bâtons qui en partent, et qu'on arrête avec un piton fiché dans les trous qui les percent, et qui aboutit à un trou correspondant des planchettes qui constituent les plans inclinés. On peut encore obtenir le même résultat, en desserrant les écrous des traverses, et en élevant les planchettes d'un ou plusieurs crans de crémaillère. Enfin des coins en bois sont destinés à glisser sous la toile écrue qni du chevalet se déploie sur les plans, et peuvent soulever à vo-

fonté ou la cuisse ou la jambe isolément. Les cordes qui partent des extrémités des traverses sont passées dans des poulies fixées, soit au ciel du lit, soit au plafond de l'appartement, et permettent d'enlever d'une seule pièce le malade avec l'appareil, soit pour changer les garnitures, soit pour poser un bassin, etc. — Sur la motion de M. Cornac, le mémoire de M. Clémot est renvoyé au comité de publication.

Rapport de M. Villeneuve, au nom de la commission de topographie, sur une lettre de M. Leuret, de Chartres. — Dans cette lettre, M. Leuret développe plusieurs assertions qu'il avait émises dans son premier travail sur la topographie de Chartres, et les étaye de preuves qu'il n'avait pas alors suffisamment recueillies. Ces nouveaux documens ont principalement pour objet la pustule maligne et le charbon qui sont des maladies assez communes à Chartres. Vingt maîtres et quatre-vingts ouvriers sont journellement occupés à préparer des peaux d'animaux pour les opérations de la tannerie, etc. La pustule maligne les atteint bien plus fréquemment que le charbon. Le traitement mis en usage est l'incision cruciale de la pustule, et sa cautérisation avec la potasse; le deutochlorure de mercure, le beurre d'antimoine, le nitrate d'argent, etc., applications qu'on est souvent forcé de réitérer.

Seigle ergoté. — M. Villeneuve fait un second rapport sur une lettre de M. Chatard, de Baltimore. En 1818, M. Chatard avait publié un mémoire à New-Yorck, sur le seigle ergoté. Il blâmait alors fortement l'usage de cette substance à laquelle il attribuait les effets les plus pernicieux. Ainsi six enfans seraient venus asphyxiés au monde sous son influence, et sur ce nombre trois seraient morts. M. Villeneuve combattit ces conclusions dans son mémoire. M. Chatard revint en 1828 sur sa première opinion, et ne signala plus que quelques accidens assez peu graves après l'usage du seigle ergoté, encore fallait-il qu'il fût administré à trop haute dose (un gros était une de ces hautes doses). Aujourd'hui M. Chatard est complètement favorable à l'emploi du seigle ergoté dont il a définivement constaté l'innocuité en même temps que l'efficacité. La dose qu'il administre est de quinze à vingt grains en poudre, dans du café chaud ou du vin chaud trempé. — M. Capuron fait la remarque qu'il est difficile d'établir si c'est le café, le vin ou le seigle ergoté qui agit dans ces cas.

— M. Voisin lit un travail sur la phréuologie.

Séance du 31 mai. — M. Jules Guérin adresse un mémoire sur les caractères différentiels des difformités artificielles et des diffor-

mités pathologiques de l'épine (commissaires, MM. Breschet, Amussat, Velpeau, Orfila, Cruveilhier). On remarque encore, dans la correspondance, le *Traité des phrénopathies*, ou *Doctrine nouvelle des maladies mentales*; par M. Guislain de Gand, et un *Mémoire sur la peste observée en* 1835 *en Egypte*; par M. le docteur Perron, médecin et professeur à Abouzabel.

Cow-pox. — M. Marc donne lecture de la traduction de la lettre de M. Hering, professeur à Stuttgard, relative au Cow-pox, et dont M. Bouley avait déjà communiqué un extrait. M. Hering a eu l'occasion de constater l'existence fréquente du cow-pox en Angleterre et en Allemagne, où des primes ont été établies pour ceux qui le trouvent. De 1830 à 1831, sur 23 cas déclarés d'éruption du cow-pox sur le pis des vaches, dans un seul l'inoculation a réussi sur des enfans; mais le plus souvent les déclarations avaient été tardives, et les pustules étaient trop sèches. Il fut décidé que l'on n'accepterait plus que les déclarations faites à temps, et la prime fut élevée de 12 à 24 francs C'est ainsi que le cow-pox a été recueilli de 1831 à 1832 sur 6 vaches, de 1832 à 1833 sur 7 vaches, de 1833 à 1834 sur 8 vaches; de 1834 à 1835 il n'a été fait aucun relevé, et de 1835 à 1836, 4 vaches seulement ont fourni le cow-pox. Les médecins de district, et les vaccinateurs dans chaque localité dûrent, d'après les injonctions qui leur furent faites, apporter le plus grand soin dans leurs expériences, pour ne laisser échapper aucune des phases du développement du cow-pox. Il résulte des faits bien constatés que l'inoculation de la vache à l'homme a été très-souvent sans résultat. M. Hering, d'après sa propre observation, ne compte guère qu'un succès sur onze opérations; de plus, la marche de l'éruption est toujours de deux à trois jours plus lente que dans la vaccination de bras à bras, mais son intensité est plus prononcée. L'inoculation de l'homme à la vache est beaucoup plus difficile encore; d'une vache à une autre vache, elle n'est même pas facile. Le cow-pox en poudre envoyé à M. Hering ne lui a réussi ni sur les vaches, ni sur les enfans. M. Hering a vu reparaître la variole très-souvent dans ces derniers temps, mais mitigée (varioloïde). Il a, en général, été possible de trouver l'origine du mal dans l'importation par des ouvriers, des militaires, etc. Des revaccinations ont été pratiquées en grand nombre. Sur 11,548 soldats vaccinés, presque tous âgés de 20 à 21 ans, l'opération a réussi sur 4,052; sur 2,738, elle n'a produit qu'une fausse vaccine, et sur 4,758, elle a échoué. L'opinion de M. Hering est que les individus bien vaccinés une fois sont préservés pour toujours de la variole. Le cow-

pox ne doit pas être aussi rare en France qu'on le croit; on le trouverait peut-être souvent dans les contrées de l'ouest, si on le cherchait.

Après un rapport de M. Virey sur un *Mémoire de M. Dubois d'Amiens sur les Jumeaux siamois*, rapport et mémoire renvoyés au comité de publication. M. Gnéneau de Mussy en fait un sur les *Pois végéto-épispastiques* du sieur Cure, pharmacien à Paris. M. Guéneau vote le rejet de ces pois comme n'offrant aucun avantage, et mentant d'ailleurs à leur titre, puisque la cantharide en fait l'élément actif. — L'Académie entend ensuite un Mémoire de M. Leroy d'Étiolle sur cette question : *Dans quelles proportions la lithotritie est-elle applicable aux calculs?* (Commissaires, MM. Paul Dubois, Ribes, Reveillé-Parise).

Tumeur de la face. — M. Amussat communique deux observations : Une petite fille de 12 ans portait sur l'aile du nez, du côté gauche, une tumeur qui, d'abord très petite, avait acquis dans l'espace de quatre mois le volume d'un petit œuf. Cette tumeur, adhérente à la peau, présentait à sa surface une grande quantité de vaisseaux. Ses progrès rapides exigeaient un prompt traitement. M. Amussat voulut lier les artères faciales, mais la compression préalable n'ayant rien produit, l'ablation fut décidée. Il résulta de l'opération une plaie considérable qui n'en fut pas moins réunie par la suture entortillée, et la cicatrisation a marché très-vite. M. Amussat relève à ce propos l'empressement trop grand qu'ont certains chirurgiens pour pratiquer l'autoplastie; certes, ici la largeur de la plaie l'autorisait, et cependant la réunion par première intention a suffi.

Polype de l'utérus. — La seconde observation communiquée par M. Amussat a pour sujet une femme de 42 ans, mariée depuis quatre ans, qui n'a jamais eu d'enfans. Il y a deux ans et demi, un écoulement glaireux et sanguinolent s'est déclaré, et continuait, quand elle consulta M. Canqunin, qui crut reconnaître un polype, et l'adressa à M. Amussat. Les premières explorations laissèrent du doute à cet égard; doute qui fut partagé par M. A. Dubois consulté. Des recherches réitérées firent enfin découvrir le pédicule de la tumeur qui avait à peu près deux pouces de diamètre, la tumeur ayant elle-même le volume d'un gros œuf de poule. Il était impossible d'atteindre le col de l'utérus. M. Amussat procéda alors à son extirpation. Après avoir détruit les brides qui cernaient le pédicule, M. Amussat tenta l'enucléation de la masse, mais il ne put en emporter qu'une partie, tant par arrachement que par torsion. La mollesse de la tumeur ne laissait aucune prise aux pinces ou aux

érignes pour jeter une ligature sur son pédicule. La malade perdit beaucoup de sang. M. Amussat acheva, par des tractions ménagées, de détacher du vagin le reste de la masse et aujourd'hui la malade est parfaitement bien. M. Amussat fait remarquer combien le diagnostic était embarrassant, le polype étant adhérent à la paroi postérieure du vagin, et non au col de l'utérus complètement masqué par la tumeur. La déchirure et la torsion pouvaient seules être employées ici, vu la mollesse du polype qui cédait à la moindre pression.

Séance du 7 juin. — **Orthopédie ; pieds-bots.** — Rapport de M. Londe sur trois observations de pieds-bots guéris par M. Duval, au moyen de la section du tendon d'Achille. La commission s'est assurée que l'opération est des plus simples et complètement exempte de dangers. — Remerciemens à l'auteur.

Orthopédie : déformations de la colonne vertébrale. — M. Cruveilhier, au nom de la commission nommée dans la dernière séance, lit un rapport sur le mémoire de M. Jules Guérin, relatif *aux caractères différentiels des difformités artificielles et des difformités pathologiques de l'épine.* M. Guérin établit dans son travail : 1.° que des déviations de la colonne vertébrale peuvent être simulées ; 2.° que ces déviations peuvent être distinguées par des signes certains, des déviations pathologiques. Les déviations simulées sont de deux sortes ; il y a des déviations simulées par *imitation*, d'autres le sont par *provocation*. M. Guérin ne s'occupe que des premières. Déjà M. Bouvier avait mis sous les yeux de l'Académie, en septembre 1835, quatre plâtres pris sur deux sujets modelés alternativement dans une incurvation volontaire du rachis et après leur redressement également spontané. La possibilité des déviations simulées n'est pas contestable ; M. Guérin énumère beaucoup de motifs de cette fraude. M. Cruveilhier en ajoute un : plusieurs fois il a été consulté par des mères de famille inquiètes sur la taille de leurs filles. Un fabricant de corsets avait trouvé une courbure déjà marquée ; il avait montré une épaule qui s'élevait, une hanche qui faisait saillie, mais le fabricant avait heureusement un corset tout prêt avec lequel le redressement était facile et infaillible. M. Cruveilhier n'a pas eu de peine à découvrir la supercherie, en faisant incliner en divers sens les jeunes filles, et en ramenant ensuite la rectitude du tronc qui n'avait subi aucune altération. Voici, d'après M. Guérin, quels sont les caractères qui distinguent la déviation simulée de la colonne vertébrale. Le siège de la déviation est toujours à la région

dorso-lombaire; la courbure est constamment unique; il n'y a jamais de gibbosité du côté de la convexité; des plis de la peau, ordinairement au nombre de deux, existent du côté de la concavité; la hanche s'élève dans ce dernier sens, et le membre abdominal semble raccourci proportionnellement quand le talon est détaché du sol. — Dans les déviations morbides, le siège est variable. Les courbures sont toujours multiples et alternes; il y a constamment gibbosité; plis peu marqués à la peau du côté de la concavité; point ou peu d'inclinaison du tronc élévation de la hanche à peine sensible. L'étude du mécanisme de la colonne vertébrale explique pourquoi la déviation simulée ne peut occuper que la région dorso-lombaire. C'est là qu'est en effet le centre de réunion des mouvemens de totalité de cette colonne. Indépendamment des différences générales de forme et de direction que présentent les apophyses articulaires des vertèbres dorsales et celles des lombaires, M. Guérin a noté une disposition qui n'avait point encore été signalée dans les articulations de la onzième avec la douzième vertèbre dorsale; c'est une espèce de rainure formée par un prolongement en haut et en devant du tubercule supérieur de l'apophyse transverse de la douzième vertèbre dorsale qui se recourbe à la façon d'un crochet. Dans cette rainure est reçu le bord inférieur de la facette articulaire de la onzième vertèbre. De plus, les facettes articulaires des deux vertèbres ont une direction plus complètement transversale et perpendiculaire que dans le reste de la série des vertèbres. On conçoit ce que le mouvement de flexion latérale doit acquérir d'extension par cette disposition anatomique. M. Guérin décrit encore deux dépressions, espèce de prolongemens des facettes articulaires sur les apophyses obliques supérieures et deux éminences correspondantes des apophyses obliques inférieures. Enfin il fait remarquer que la masse commune au sacro-lombaire, long dorsal et transversaire épineux qui sont les agens de la flexion latérale, sont, en quelque sorte, circonscrits à cette région. M. Guérin s'applique ensuite à expliquer l'absence de la gibbosité dans la déviation simulée, par le défaut de torsion de l'épine qui, d'après son expression, suit comme l'ombre les déviations morbides, à quelque degré et dans quelque région qu'on les observe. Une des conséquences de cette torsion, c'est que les courbures de la colonne peuvent beaucoup différer, suivant qu'on les examine en arrière et en avant. Telle colonne qui paraît droite dans le premier sens, est fortement contournée dans le dernier. Resterait à déterminer, par une échelle de proportion, le rap-

port des diviations des apophyses épineuses avec celles des corps des vertèbres. La commission engage M. Guérin à s'occuper de cette question. Quant à l'interprétation de cette torsion comme phénomène inséparable de la déviation pathologique du rachis, ne démontre-t-on pas en physique, que lorsqu'on fléchit une tige sur une arête, cette tige fixée à ses extrémités, éprouve dans les points diamétralement soumis à la force de flexion, un mouvement de torsion qui l'oblige à présenter son côté ou sa face la moins épaisse et la moins résistante ? La colonne vertébrale courbée par un travail morbide de ses os entre les ligamens qui résistent, ne se trouve-t-elle pas dans ces conditions? M. Guérin doit du reste faire de ce point fondamental en orthopédie, le sujet d'un mémoire particulier.

La déviation simulée étant un mouvement tout physiologique, une simple attitude, le corps des vertèbres ne subit aucune torsion. En conséquence, les rapports ne changent point entre les saillies et les dépressions normales du rachis qui se suivent et s'inclinent uniformément, et toujours dans le même point. Delà vient que ces déviations offrent constamment les mêmes caractères, sauf le degré, et que les courbures de balancement ne peuvent instantanément s'établir. Il n'en doit plus être ainsi des courbures pathologiques dont les élémens sont si nombreux et si complexes; multiples par la multiplication de leur cause, elles se balancent nécessairement pour reporter l'axe du tronc dans la la ligne de gravité, etc.

La commission réunie à Clamart a pu vérifier sur les pièces d'anatomie pathologique et sur plusieurs plâtres, toutes les propositions de M. Guérin. Deux plâtres tirés de la collection de l'Académie ont fixé l'attention ; l'un appartient à la fille Villen, et offre un exemple remarquable de déviation factice; il a été donné par M. Bouvier; l'autre est celui de Janny Guéry, soumise à un traitement sous les yeux de l'Académie. La commission a reconnu l'entière ressemblance des deux plâtres qui l'un et l'autre appartiennent évidemment à la même classe de difformités, *aux difformités factices.*

Les conclusions du rapport de M. Cruveilhier sont :

1.° Il est facile d'imiter, jusqu'à un certain point, les déviations latérales de l'épine ;

2.° Les déviations par imitation ont des caractères uniformes et spéciaux qui se feront toujours reconnaître ;

3.° Ces caractères ne se retrouvent jamais dans les déviations morbides ;

4.° L'inspection seule d'un plâtre suffit pour faire reconnaître une déviation factice.

La commission propose l'approbation du mémoire de M. Guérin, et son insertion parmi ceux des savans étrangers.

La lecture de ce rapport est suivie d'une discussion soulevée par M. Bricheteau, qui trouve hostile à la commission qui fut chargée de faire un rapport sur les observations de M. Hossard, la phrase où il est formellement exprimé que la difformité de Janny Guéry était factice, tandis que la première commission l'avait jugée véritable. M. Bricheteau, qui n'est point encore convaincu qu'elle s'est trompée, demande donc la rectification de cette phrase, et que le nouveau rapport exprime seulement que tel est le sentiment de M. Guérin. — Les membres de la nouvelle commission repoussent unanimement toute rectificationau rapport, qui ne contient autre chose que l'expression des faits et leur interprétation la plus rigoureuse. Du reste, les élémens manquant à la première commission pour apprécier la vérité, elle a dû être trompée. C'était un résultat inévitable. M. Lisfranc surtout développe et soutient cette proposition. M. Bricheteau persiste à demander la rectification du rapport. M. Nacquart désirerait que l'Académie attendît, pour se prononcer, des documens nouveaux. Il craint, quoi qu'on dise, de voir l'autorité de la compagnie compromise par deux jugemens contradictoires portés à la distance de quelques mois, dans la même matière. M. Cornac émet une opinion analogue. M. Chervin ne partage pas ce sentiment, non plus que M. Marc; la première commission n'est nullement compromise parce qu'elle s'est trompée. Le progrès est incessant dans les sciences d'observation. En médecine-légale, par exemple, on est souvent obligé de revenir le lendemain sur des erreurs de la veille, témoin la surnatation des poumons dans la docimasie pulmonaire, dont on est loin de tirer aujourd'hui les conséquences qu'on tirait autrefois. M. Bouillaud, tout en félicitant l'Académie si elle accueille le travail de M. Guérin, accueil encourageant pour les idées de progrès, ne veut pas qu'on impose aux membres de la première commission une opinion que leur conscience peut ajourner encore. — M. Husson, de son côté, s'étonnerait que l'Académie précipitât aujourd'hui ses décisions sur un sujet pour lequel elle a naguères prescrit tant de circonspection. La première commission ne peut changer hâtivement d'avis d'après deux faits seulement. M. Husson pense qu'il serait convenable d'adjoindre les membres de cette première commission à ceux de la dernière; et

en fait la proposition. Malgré l'opposition de MM. Amussat, Lisfranc et Breschet, elle est accueillie. — Les deux commissions se réuniront. D'un autre côté, M. Orfila ayant fait sentir la nécessité d'une décision aussi prompte que possible, M. Nacquart propose une séance extraordinaire pour le vendredi 10 juin, dans laquelle un rapport définitif serait présenté au nom des deux commissions réunies. (Adopté).

Séance du vendredi 10 *juin.* — M. Guérin a soumis à l'examen des membres des deux commissions réunies, toutes les pièces qu'il avait déjà présentées, plus 100 plâtres représentant toutes les phases des déviations morbides. Il a lui-même simulé tous les degrés des déviations latérales. Sur 11 membres, 9 ont voté pour l'adoption intégrale du rapport de M. Cruveilhier, deux seulement ont persisté à vouloir qu'on y apportât quelques restrictions et notamment qu'on supprimât les mots *jamais* et *toujours* de la deuxième et de la troisième proposition. M. Bricheteau, l'un de ces membres, dit n'être pas convaincu de l'infaillibilité des caractères fournis par M. Guérin pour la distinction des déviations factices et des déviations morbides. Au début de ces dernières la torsion du corps des vertèbres n'existe pas encore. M. Bricheteau a certainement vu des déviations très-morbides sans cette torsion. Delpech, dans son ouvrage sur l'orthomorphie, dit positivement avoir observé des déviations latérales angulaires. — M. Cruveilhier nie formellement qu'il y ait des déviations morbides sans torsion. Si on ne l'aperçoit pas de suite, c'est que, bornée d'abord aux corps des vertèbres, elle ne dérange pas immédiatement le rapport des apophyses; mais la gibbosité étant son expression caractéristique, dès que celle-ci apparait, on doit reconnaître la torsion. — M. Velpeau persiste sur ce que, dans tout diagnostic, il ne faut pas s'attacher qu'à un symptôme, mais grouper tous ceux qui se manifestent, car c'est leur concours seul qui l'établit. En procédant ainsi, on ne doit pas dans le cas actuel, considérer exclusivement la torsion du corps des vertèbres dans les déviations morbides du rachis, on doit tenir compte encore des courbures de balancement, de l'absence des plis de la peau au niveau de leur concavité, etc. C'est par l'ensemble de ces caractères qui ne manquent jamais que l'on peut soutenir, qu'ils sont en effet distinctifs des déviations morbides. — M. Husson cite d'après son expérience propre des cas ou des déviations de l'épine qui n'avaient aucune des apparences des déviations simulées, ont cessé très-promptement. M. Allard lui écrit, en outre, qu'il a eu l'occasion d'observer une jeune fille de la maison de Saint-

Denis, qui depuis quelques temps éprouvait uoe déviation sensible du tronc, épaule saillante, etc. M. Dubois, consulté, ne découvrit pas plus que lui de signes de rachitisme, et quelques bains suffirent pour guérir rapidement une déformation dont la cause unique était un état de spasme des muscles. M. Allard a pareillement constaté, à la suite de spasmes des muscles, des raccourcissemens notables des membres, etc. Les déviations simulées et les déviations pathologiques n'ont donc pas des différences si tranchées qu'on le dit.— M. Cruveilhier constatant les effets de l'action musculaire dans les déviations spasmodiques comme dans les déviations simulées, ne voit pas en quoi les faits cités par M. Husson contrarient les conclusions attaquées. M. Castel y voit tout au contraire leur confirmation, car de quoi s'agit-il justement, c'est de trouver dans les accidens des déviatious de l'épine les moyens de reconnaître si elles dépendent ou non du rachitisme; or le redressement rapide et facile de l'épine ne se concilie qu'avec une déformation due à l'action exclusive des muscles, peu importe que celle-ci soit volontaire ou spasmodique. On pourrait donc admettre deux genres de déviations, l'une musculaire, l'autre osseuse. MM. Petit et Guersent rapportent de nouveaux cas de déviations musculaires. M. Bouillaud croit que l'explication est hypothétique. Il observe en ce moment un jeune homme qui est atteint d'une luxation spontanée, et qui, après avoir été soumis à un traitement orthopédique, maintenant abandonné, a éprouvé progressivement une déviation du rachis qui a tous les caractères de la déviation simulée et qui certes ne l'est pas. Il n'y a chez lui aucun spasme musculaire qu'on puisse invoquer. — M. Guéneau de Mussy, s'élève contre la précipitation de la commission à juger d'après la comparaison d'un seul plâtre, que la déviation de Janny Guéry était factice. C'est un procédé dangereux en médecine légale. D'ailleurs Janny avait, outre une déviation latérale du rachis, une épaule manifestement saillante, elle n'a été guérie que graduellement. Enfin l'argument tiré d'une seule courbure n'est pas concluant. On trouve un exemple de déviation morbide à courbure unique dans l'ouvrage de M. Pravaz. On en lit deux autres dans l'ouvrage de Delpech; l'un d'eux présentait même cette particularité que deux courbures, séparées seulement par trois ou quatre vertèbres, existaient du même côté.— M. Cruveilhier repousse l'accusation de précipitation adressée à la commission. Ce n'est point sur un seul plâtre, mais sur un nombre considérable de pièces, qu'elle a assis ses opinions et basé son jugement. M. Cruveilhier repousse absolument l'opinion qui admet des déviations

morbides à une seule courbure. — M. Adelon résume les divers points culminans de la discussion, regarde les signes fournis par M. Guérin comme convaincans sur le squelette ; mais en est-il de même dans tous les cas sur les individus et les plâtres qui en donnent les empreintes? M. Adelon voudrait qu'on modifiât les conclusions du rapport, en se bornant à dire : qu'avec de l'habitude et quand les déviations sont arrivées à un certain degré de développement, on peut distinguer celles qui sont artificielles de celles qui sont pathologiques. — La discussion est remise encore à la séance prochaine.

Séance du 14 juin. — La discussion qui devait être reprise sur le mémoire de M. J. Guérin est ajournée par suite du renvoi à la commission de plusieurs lettres adressées à ce sujet par MM. J. Guérin, Bouvier, Lachèze et Hossard.

— M. Pariset lit le discours qu'il devait prononcer sur la tombe de M. L'herminier. — Renvoi au comité de publication.

— *Élection.* M. Bousquet annonce que la section de pathologie chirurgicale est convoquée pour le lendemain, relativement à l'élection d'un membre pour la place vacante dans son sein, et que le rapport sera incessamment soumis à l'Académie.

— *Composition du prochain fascicule.* Un rapport de M. Itard. Mémoires de MM. Dupuy, Dubois d'Amiens, Malgaigne, Magistel, Clémot, Bousquet. Éloge de Dupuytren, par M. Pariset.

— L'Académie entend successivement : un rapport de M. Civiale, sur une observation de taille hypogastrique, avec extraction d'un calcul vésico-prostatique, suivie de mort, par M. Voisin, de Limoges; un mémoire du docteur Niglio de Florence, sur le choléra qui a régné eu Italie en 1835; enfin la lecture faite par M. le docteur Manoury de Chartres, d'une observation de lithotritie, pendant laquelle l'instrument s'est faussé dans la vessie, ce qui a exigé la taille hypogastrique (Renvoi au comité de publication).

— M. Bouvier présente une portion de squelette d'un individu âgé de 62 ans, qui, à l'âge de 30 ans, fut atteint d'une déviation du rachis à la suite d'un effort violent. Le tronc est resté penché à droite; et cela à un tel point que l'équilibre ne pouvait se soutenir qu'à l'aide d'un bâton. Cette déviation existait à l'union de la région lombaire avec la région dorsale, qui d'ailleurs a conservé sa direction droite. Le thorax, incliné latéralement, touche la crête iliaque droite, sur laquelle les dernières côtes ont été fortement pressées. En avant se voient quatre courbures inégales. M. Bouvier présente ce fait comme un exemple de déviation latérale, dans laquelle les courbures de balancement n'ont pas été suffisantes pour rétablir l'équilibre.

Séance du 21 juin. Cette séance est consacrée à la lecture de plusieurs rapports. M. Thillaye en lit successivement trois, sur trois notices adressées à l'Académie par le ministre de l'instruction publique. La première a trait à un appareil destiné à soumettre les jambes à l'action de la chaleur (Invention insignifiante et ridicule). Dans la deuxième, il s'agit de la substitution du liége à la filasse pour garnir le piston des seringues (moyen qui ne présente aucune espèce d'utilité, mais qui n'a non plus aucun inconvénient). Enfin, la troisième notice signale une espèce de bassin que son auteur appelle *arsérénédrique*, et dont l'ouverture oblongue, au lieu d'être ronde, se trouve d'une disposition plus convenable pour l'organe urinaire mâle, et protège ainsi plus complètement les garnitures du lit des malades, en recueillant aisément l'urine qui coule le plus ordinairement en même temps qu'ont lieu les évacuations alvines. La commission propose pour cette dernière invention l'approbation de l'Académie.)

— *Rapport de M. Larrey sur un appareil à extension continue pour les fractures des extrémités inférieures; par le docteur Williams, de Washington.* — Cet appareil est une copie à-peu-près entière de l'appareil de Boyer. La seule différence consiste dans une attelle interne qui se fixe à la traverse sur laquelle la vis s'appuie. M. Larrey blâme la méthode en général et tous les appareils qui s'y rattachent. Il n'adopte pas davantage le double plan incliné, et préfère toujours son appareil inamovible.

— *Rapport de M. Renoult, sur un nouveau procédé pour réduire les luxations du fémur; par M. Colin, aide-major au 28.e de ligne.* — Le procédé simple et ingénieux de M. Colin a déjà obtenu des succès remarquables. Six observations détaillées dans son mémoire et publiées dans les journaux (*Bulletin de thérapeutique et Gazette médicale*), en font foi. La commission propose l'approbation de l'Académie, et l'inscription de l'auteur au nombre des candidats aux places de membres-correspondans.

— *Rapport de M. Derosne sur un mémoire de M. Mouchon, pharmacien à Lyon.* — Ce mémoire est intitulé: *Considérations-pratiques sur la méthode du placement*, etc. — La commission pense que ce procédé donne des produits toujours moindres que la méthode de déplacement, et susceptibles en outre de s'altérer. Elle n'en vote pas moins des remerciemens à l'auteur.

— A l'occasion d'une lecture faite par M. Berthomé, qui a obtenu la parole par un tour de faveur pour communiquer un long mémoire sur ses pommades *antidartreuses*, M. Cornac s'élève avec

force contre la détermination que paraît avoir prise M. Berthomé, de se servir de la tribune de l'Académie comme d'un trépied pour annoncer ses drogues.

— M. Brisset a obtenu aussi un tour de faveur, et demande une réunion en séance sécrète pour la lecture d'un mémoire qui doit démontrer que la vaccine est entièrement dégénérée.

De toutes parts on s'élève contre cette proposition. M. Adelon demande que le manuscrit de M. Brisset soit soumis au conseil d'administration, qui jugera jusqu'à quel point il serait dangereux d'en divulguer le contenu devant le public qui suit les séances académiques.

BIBLIOGRAPHIE.

Analyse des Thèses présentées au concours de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris.

Dans cette série de brillans concours où se disputent si vivement les chaires de la Faculté de Paris, il est une épreuve qui acquiert chaque jour plus d'importance, et pour peu que l'honorable émulation dont sont animés la plupart de ceux qui embrassent cette carrière, continue et s'accroisse encore, on pourra bientôt prédire que chaque concours sera le signal d'un certain nombre de productions remarquables, ou du moins dont l'importance sera au-delà de toute proportion avec le court espace de temps dans lequel elles doivent être terminées. C'est ce qui a été remarqué dans le dernier concours pour la chaire de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine.

Les compétiteurs étaient MM. Sanson, Bérard, Blandin, Laugier, Lepelletier, Sédillot, Guerbois et Jobert. La plupart de leurs dissertations, qui forment des ouvrages étendus, ont été tirées dans un autre format que celui qu'on exige pour les thèses de concours, de manière à pourvoir entrer plus facilement dans le commerce de la librairie. Nous allons rapidement examiner celles de ces dissertations qui nous ont été adressées.

Ire. *Des hémorrhagies traumatiques;* par L. J. Sanson, professeur de clin. chir. à la Fac. de Méd. de Paris, etc. Paris, 1836, in-8. pag. 348 avec une planche. — Cette belle question chirurgicale ne pouvait tomber entre de meilleures mains qu'en celles d'un homme qui

joint à une expérience consommée, un esprit sage et une instruction étendue. M. Sanson a montré dans son travail qu'il savait les faits et qu'il savait les livres : deux genres de connaissances dont la réunion est tant à désirer.

Après une définition dans laquelle l'auteur indique à l'avance toute la portée et toute l'étendue de son sujet, M. Sanson fait l'histoire générale des hémorrhagies traumatiques en examinant successivement, 1° leurs effets généraux; 2° leurs effets locaux et ce que l'anatomie apprend à l'égard de ces lésions, soit dans le cas où elles sont primitives, soit dans le cas où elles sont consécutives; 3° leurs causes; 4° leurs symptômes; 5° leur traitement local; 6e leur traitement général. Après avoir tracé l'histoire des hémorrhagies considérées en général, l'auteur examine les hémorrhagies en particulier, et adoptant un ordre purement anatomique il étudie ces lésions à la tête, au cou, à la poitrine, à l'abdomen, au périnée, aux organes génitaux, et aux membres. On voit par ce tableau du plan adopté par l'auteur, que la question des hémorrhagies traumatiques se trouve embrassée sous toutes ses faces et que rien n'échappe à ce cadre. On ne s'attend pas que nous fassions connaître maintenant les détails de cet ouvrage : car à l'exception de la forme que leur a donnée l'auteur, il était difficile qu'il le composât de choses qui lui appartinssent toutes en propre. Nous nous arrêterons seulement sur quelques-unes des particularités les plus remarquables qu'il présente, car M. Sanson a enrichi sa thèse d'un bon nombre de faits inédits et de plusieurs considérations neuves.

A l'occasion des effets généraux des hémorrhagies, l'auteur examine une question de physiologie pathologique très-curieuse, celle qui consiste à déterminer en raison de quelles circonstances la perte d'une quantité donnée de sang produit sur tout l'organisme des effets qui ne sont point dans un rapport constant et rigoureux avec la quantité de sang perdue. Entre autres remarques importantes à ce sujet, M. Sanson rappelle celle que Dupuytren faisait à sa clinique; que les individus qui succombent par les blessures du suicide meurent dans bien des cas sans qu'on puisse expliquer la mort par la quantité de sang qu'ils ont perdue, celle-ci étant quelquefois bornée à une ou deux livres. Chez les malades cachectiques ou épuisés par une longue suppuration, la perte d'une petite quantité de sang, celle qui accompagne le débridement d'un clapier est souvent suivie d'une mort plus ou moins prompte. Tout cela fait bien comprendre la vanité des calculs sur lesquels, après

avoir déterminé tant bien que mal la quantité de sang que renferme le système vasculaire, on croirait pouvoir s'appuyer pour fixer en quelque sorte arithmétiquement la progression des effets d'une perte de sang donnée.

Conduit à distinguer les effets des pertes de sang instantanées et continues et ceux des pertes de sang chroniques en quelque sorte et intermitentes, l'auteur émet des vues d'une haute utilité pratique sur les conséquences des hémorrhagies : remarquons-le bien en effet, il n'est malheureusement que trop vrai, que les effets des pertes de sang, étant négatifs en quelque sorte, ont été plus d'une fois méconnus par des esprits inattentifs. Ceux qui sont bien pénétrés de la gravité des atteintes que peut éprouver la constitution sous l'influence des émissions sanguines, larges et répétées, peuvent seuls apprécier toutes les fâcheuses conséquences qu'a dû produire l'engouement presque fanatique de quelques médecins pour les émissions sanguines. Erreur d'autant plus déplorable qu'il est plus facile de se faire illusion sur ses funestes résultats. C'était donc une vue éminemment pratique, que d'insister d'une manière spéciale sur ce point important de l'histoire des hémorrhagies.

Réduits par les limites de cette analyse à négliger une foule de détails dont la lecture seule du travail de M. Sanson peut donner une idée satisfaisante aux praticiens, nous appelerons l'attention sur une lacune de la science au sujet de la question des hémorrhagies. Cette lacune consiste en ce qu'on n'a jamais cherché à déterminer en quoi consiste cette disposition aux hémorrhagies, cette diathèse hémorrhagique dont M. Sanson a rapporté de si notables exemples. Les médecins qui ont recueilli ces nombreuses observations, ont noté avec un soin extrême les principales circonstances de ces hémorrhagies ; quelques-uns ont suivi avec une attention scrupuleuse la succession de cette diathèse dans plusieurs générations et dans les branches collatérales d'une même famille ; mais ils ne nous ont point appris par une série d'expériences bien faites, quelles conditions dans l'état du sang ou dans la constitution anatomique des sujets, pouvaient rendre compte de cette perpétuation des hémorrhagies dans une famille. Il serait injuste de vouloir que dans un travail en quelque sorte improvisé, M. Sanson eût décidé une question aussi délicate. Mais nous saisissons l'occasion d'appeler les travaux sur cette lacune de la science. Nous ne pouvons néanmoins abandonner ce point sans rappeler que M. Sanson, après avoir cité un bon nombre d'observations de ces diathèses hémorrhagiques, y a ajouté une observation très-curieuse et des

plus complètes sur un cas de ce genre observé dans le service de Dupuytren. On voit dans cette observation, qu'une jeune fille qui devait être soumise à une opération pour une tumeur de l'aisselle, succomba par suite d'hémorrhagies opiniâtres, dont les unes provenaient d'une alvéole, et les autres des lèvres d'une petite plaie faite au bras par la lancette.

Nous regrettons de ne pouvoir consacrer plus d'espace à l'examen d'un travail qui intéresse la pratique de la chirurgie ; mais en rappelant que M. Sanson a montré dans ce travail les qualités qu'on lui connaît depuis long-temps, c'est-à-dire, un esprit judicieux et sûr, en même temps que cette maturité de vues pratiques qui ne peut être le résultat que d'une expérience consommée, nous résumerons notre pensée sur la valeur de ce travail.

II. *Du Diagnostic dans les maladies chirurgicales, de ses sources, de ses incertitudes et de ses erreurs;* par P. N. A. Bérard, agrégé en exercice, chirurgien de la Salpétrière. Paris, 1836, in-8.° pp. 251. — Les auteurs de traités de pathologie, pour la plupart exclusivement livrés à la pratique de la médecine proprement dite, après quelques bannales généralités sur le diagnostic, poursuivent avec soin l'étude des signes des maladies internes. Mais aucun d'eux, jusqu'à ce jour, n'avait songé à faire un travail analogue pour les affections externes. La multitude des faits de détail dont se compose le diagnostic chirurgical, la difficulté de tirer de ces faits des préceptes généraux, et de les formuler en corollaires, sont peut-être la cause de cette lacune dans la pathologie. M. A. Bérard, par la nature positive de son esprit, et par la bonne direction de ses connaissances, était éminemment propre à exécuter ce travail neuf et difficile. Quelque sèche que puisse être l'analyse d'un livre de cette nature, elle suffira pour montrer qu'il n'est pas resté au-dessous de la tâche qui lui était imposée. — *Ch. I.*er Après avoir établi la nécessité du diagnostic, son importance plus grande encore en chirurgie qu'en médecine, l'auteur fait ressortir en même temps sa plus grande facilité, mais rappelle dans des préceptes fort judicieux que ce diagnostic se compose non-seulement de l'affection principale, mais encore de diverses circonstances accessoires, non-seulement de l'état local, mais encore de l'état général du sujet. — Dans le 2.e *chapitre* sont successivement étudiées, comme sources de diagnostic, le commémoratif qui embrasse à-la-fois les causes prédisposantes et occasionnelles, la marche et quelquefois le traitement de la maladie, les symptômes

actuels. Ici, n'étudiant dans les signes fonctionnels que les circonstances directement relatives aux affections chirurgicales, M. Bérard passe en revue les altérations de forme, de volume, de température, de mouvemens, de sensibilité, et deux paragraphes consacrés à l'œdème et à l'emphysème considérés comme symptômes de plusieurs maladies, font regretter que l'auteur n'en ait pas consacré un aux infiltrations sanguines et aux signes que leur présence peut fournir. Cette omission se trouvera toutefois en grande partie réparée dans la section suivante : *De l'application des sens à la recherche des signes des maladies chirurgicales.* Nous ne pouvons nous empêcher ici de regretter l'insuffisance de cette analyse, pour donner une simple idée de la richesse des détails que présente cette partie vraiment capitale de l'ouvrage : elle est tracée avec une clarté et une précision tout-à-fait remarquables. Le goût, l'odorat, l'ouïe fournissent bien quelques signes importans, mais c'est à la vue et au toucher que le chirurgien est redevable de la plupart des notions qu'il a acquises sur la nature des maladies ; c'est par ses sens qu'il apprécie les altérations énumérées dans la section précédente. Nous mentionnerons ici l'application que M. Bérard a faite du sens de la vue à l'exploration de certaines tumeurs autres que des hydrocèles. C'est à la transparence d'un liquide séreux qui occupait l'épaisseur de la joue, qu'il reconnut la nature de l'affection que Dupuytren avait prise pour une tumeur érectile. La manière de s'assurer de cette transparence, d'obtenir la fluctuation, la crépitation, les diverses variétés que ces signes peuvent offrir suivant leurs causes anatomiques, la mensuration, etc., sont décrites avec l'exactitude d'un observateur exercé, et ont fourni à M. Bérard l'occasion d'émettre plusieurs opinions à lui propres. Mais il faut que ces notions acquises par les sens, le raisonnement vienne les mettre en œuvre. Ici l'auteur expose brièvement les méthodes par lesquelles le chirurgien procède pour établir son diagnostic ; tantôt portant son jugement *à priori*, il va à la recherche de signes qui le confirment, tantôt il procède par voie d'exclusion. La première méthode que M. Bérard semble préférer n'a-t-elle pas quelquefois pour inconvénient de jeter l'esprit dans la préoccupation, et de faire voir au chirurgien ce qu'il désire voir et non pas ce qui existe ? Quelle que soit la méthode suivie, le résultat que chaque chirurgien tire de ses connaissance dépend de la tendance particulière de son esprit. Les uns en effet ne voient que les analogies, d'autres ne voient que les différences ; delà la témérité excessive des premiers, delà la timidité souvent funeste des seconds.

Les incertitudes et les erreurs du diagnostic dans les maladies chirurgicales, forment les deux derniers chapitres de l'ouvrage. Incertitude, erreur, ces deux choses se touchent de près. On pourra s'en convaincre on lisant les nombreuses observations que M. Bérard a groupées à la fin de son travail. Le plus souvent il n'y a erreur que parce que le chirurgien ne sait ou ne peut rester dans le doute. Ces cas, il est vrai, sont rares, mais il s'en présente encore un assez grand nombre pour que l'étude des faits dont je viens de parler profite à tous les praticiens. Pour ne pas les entasser sans ordre, l'auteur a tiré de leur comparaison quelques caractères communs : les erreurs en effet viennent, les unes, de ce que deux maladies présentent des symptômes analogues ou semblables ; de ce qu'une maladie manque de ses symptômes propres et présente ceux d'une autre, de ce que deux maladies existent ensemble, de ce que la maladie reçoit des parties voisines des modifications qui lui donneront de la ressemblance avec une autre, de ce que l'on attribue la maladie à un corps étranger qui n'existe pas ou qu'on méconnaît l'existence ou le siège de ce corps étranger. Les autres erreurs proviennent de ce qu'il existe une disposition anormale congénitale ou acquise dans la partie malade ou dans celle avec quelle on la compare ; de ce qu'une maladie est excessivement rare ou n'a jamais été observée ; de ce qu'il existe dans la science des opinions erronées ; de ce que l'exercice d'une fonction amène des changemens anatomiques qui simulent une maladie ; de ce que le chirurgien a fait un un examen trop superficiel de l'affection ; de ce que cette affection, par la profondeur de son siège, échappe aux recherches, etc. ; enfin de ce que la maladie est simulée. On conçoit qu'il eût été facile, soit de multiplier les classes, soit d'en réduire le nombre : ce qui était important, c'était de rapprocher dans la masse d'observations (près de 300) qui forment cette partie de l'ouvrage, celles qui ont quelques points de commun. Ces observations, extraites des recueils et des traités les plus estimés, suffiraient seules pour faire rechercher cet ouvrage vraiment remarquable, et que nous ne saurions trop recommander à l'attention du public médical.

III. *Autoplastie ou restauration des parties du corps qui ont été détruites, à la faveur d'un emprunt fait à d'autres parties plus ou moins éloignées;* par Ph. Fréd. Blandin, chirurgien de l'hôp. Beaujon, etc. Paris, 1836, in-8.° pp. 266. — Au milieu de ces décisions aveugles du sort, qui adresse quelquefois à un compétiteur une question dont il ne s'est jamais occupé d'une manière spéciale, et

sur laquelle il doit, dans le court espace de dix jours, remettre un travail tel quel, il arrive quelquefois, par un heureux hasard, que telle question se trouve en quelque sorte choisie tout exprès pour celui auquel elle est destinée, et alors, malgré la brièveté du temps, on voit sortir, en quelque sorte, tout armée, une production qui suppose des études mûries et des méditations fruit du temps et de l'expérience. Ces réflexions nous sont inspirées par le travail remarquable qu'a fourni M. Blandin à l'occasion de ce concours; on connaît les recherches qu'avait publiées à diverses reprises ce candidat, sur la restauration de certaines parties de l'organisme. Or, il a eu précisément à traiter de ces restaurations, et bien qu'il n'eût donné jusque-là que des élémens pour la solution de ce problème, puisqu'il ne s'était encore occupé que de questions spéciales à ce sujet, il a été appelé à généraliser ces questions et toutes celles qui se rattachent à l'histoire de cette importante conquête de la chirurgie, connue sous le nom d'*autoplastie*. Il ne faut donc pas s'étonner que M. Blandin ait fait à ce sujet un travail qui restera dans la science; mais tout en reconnaissant les ressources que ce candidat a pu trouver dans les travaux antérieurs, nous sommes loin de ne pas rendre justice à toute l'aptitude et à tout le mérite que suppose un travail de généralisation dont il possédait sans doute plusieurs élémens, mais qui, eu égard à sa perfection et au court espace dans lequel il a été définitivement rédigé, fait le plus grand honneur à celui dont il porte le nom. Dans un moment où l'attention des chirurgiens est spécialement dirigée vers les moyens d'accroître encore, par les tentatives les plus ingénieuses, le domaine d'une partie de l'art chirurgical trop longtemps négligée, nous estimons qu'un travail fait comme celui de M. Blandin, au point de vue de la pratique, écrit purement et composé avec beaucoup de méthodes, nourri de faits nombreux et d'appréciations judicieuses, enrichi de données historiques plus complètes que celles qui ont été jusque-là réunies sur ce sujet, doit fixer l'attention des praticiens et nous dispenser d'entrer dans des questions de détail qui ne peuvent être bien étudiées que dans l'ouvrage même où elles sont exposées d'une manière si satisfaisante.

IV. *Des rétrécissemens de l'urètre et de leur traitement*; par L. Laugier, agrégé en exercice, chirurgien de l'hôpital Necker. Paris, 1836, in-4.°, pp. 74. — A M. Laugier était échue la question en apparence banale des *rétrecissemens de l'urètre*. Ce candidat, dans une dissertation qui nous paraît conçue dans un excellent esprit,

a montré combien une pareille question renfermait encore de points importans à élucider, et combien des sujets qui sembleraient usés, si l'on avait égard au retentissement qu'ils ont eu et au mérite de ceux qui les ont traités, peuvent fournir de remarques neuves et intéressantes entre les mains d'un homme doué d'un esprit sévère d'examen. C'est ce que nous démontre cet estimable travail. Habitué dans les recherches à procéder d'après des données positives, M. Laugier a judicieusement senti qu'une question de la nature de celle qui lui était échue devait s'appuyer à l'anatomie; aussi n'est-ce qu'après avoir examiné avec le plus grand soin et qu'après avoir soumis à une révision rigoureuse les données anatomiques sur l'urètre, que M. Laugier s'est occupé de la question chirurgicale en elle-même. Cette question nous paraît avoir été envisagée par l'auteur sous un point de vue élevé bien propre à montrer combien chez les hommes qui étudient à-la-fois la science, dans son ensemble et dans ses détails, des connaissances chirurgicales générales assurent de supériorité sur ceux même qui font d'une seule question et d'un seul genre de maladie l'affaire de leur existence médicale. On chercherait longtemps dans les écrits de ce qu'on appelle des hommes spéciaux, un travail aussi remarquable que celui de M. Laugier, et surtout un travail aussi profitable à ceux qui font de la pratique non une sorte de routine aveugle, mais une application judicieuse de leur intelligence, une application de ce que quelques personnes appellent dédaigneusement de la théorie, comme si le travail d'une pensée forte et sage ne suppléait pas à des années d'un mécanisme aveugle et souvent irréfléchi. Les qualités dont M. Laugier a fait preuve dans cet écrit, s'étaient déjà produites dans les travaux antérieurs de cet honorable compétiteur, et sous ce rapport le travail dont nous entretenons nos lecteurs ne nous a rien appris de nouveau; mais la circonstance d'une lutte solennelle leur a donné plus d'éclat, et ceux qui ont suivi le concours ont pu se convaincre que dans la durée de ces épreuves, et notamment dans ses argumentations, M. Laugier a montré cet esprit net et positif dont on reconnaît le cachet dans les excellens articles qu'il avait précédemment publiés dans le *Dictionnaire en 25 volumes*. Nous ne saurions donc trop recommander aux chirurgiens en général et aux hommes spéciaux en particulier la lecture du travail de M. Laugier.

V. *Des amputations dans la continuité et la contiguïté des membres, leurs avantages et leurs inconvéniens*; par C.-E. Sédillot, chirurgien de l'hôpital militaire du Val-de Grâce.

Paris, 1836, in-8.° pp. 92.—Avec un peu de bonne volonté, on aurait pu rattacher à une pareille question d'immenses détails, et faire là-dessus un gros livre. Mais comme on ne fait pas un livre en dix jours, ce n'eût été qu'à la condition de prendre par grandes masses une foule de choses dites et redites, entremêlées çà et là de quelques aperçus propres à l'auteur. M. Sédillot ne s'est pas laissé aller à cette puérile séduction. Par une entente mieux conçue des véritables conditions d'un concours, par l'interprétation aussi habile que sensée de sa question, et par une économie judicieuse de son travail, ce candidat a su remplir le but si raisonnable, et cependant si souvent manqué, de donner tout ce qu'on lui demandait, et de ne donner que ce qu'on lui demandait. Le même esprit d'interprétation, bien entendu, qui a présidé à la distribution générale du travail, se fait sentir dans les détails de celui-ci; et quand M. Sédillot voulant comparer les avantages et les inconvéniens des amputations dans la continuité et de celles dans la contiguité, a choisi pour pivot de parallèle les amputations dans la contiguité, dont l'examen lui a fourni des aperçus plus neufs et plus intéressans que n'auraient pu le faire les amputations dans la continuité, sur lesquelles l'attention des chirurgiens s'est exercée d'une manière plus spéciale, il a montré combien la distribution intelligente d'un travail peut faire arriver au but d'une manière plus profitable et plus piquante à-la-fois. Dans cette Dissertation, qui est fort bien écrite, et qui intéressera vivement les praticiens en ce qu'elle ajoute à ce que possédait la science, et en ce qu'elle précise mieux qu'on ne l'avait fait jusque-là plusieurs points du parallèle des amputations dans la contiguité comparées aux amputations dans la continuité, M. Sédillot a montré plus d'une fois cette vivacité d'esprit et ce talent d'exposition et de dialectique dont il a donné dans ce concours des preuves non équivoques.

VI. *Complications des plaies après les opérations*; par M. Guerbois, chirurgien de l'hôpital de la Charité. Paris, 1836. in-8.°. pp. 92.—De la part d'un homme plus habitué à la pratique de son art qu'aux luttes du professorat, on attendait une dissertation moins remarquable par les formes académiques que par la sagesse des préceptes et par les aperçus que peut fournir une longue expérience. M. Guerbois, ayant pratiqué long-temps dans les armées, avait surtout à sa disposition une foule de faits qui rentraient parfaitement dans le sujet qu'il avait à traiter; car, nulle part, les complications des plaies ne sont plus fréquentes que dans la chirurgie militaire. Aussi M. Guerbois a-t-il invoqué souvent avec succès, à

l'appui de ses assertions, les résultats des observations qu'il a faites dans la pratique militaire. C'est là ce qui donnera de l'importance à son travail, aux yeux de ceux qui pratiquent la chirurgie.

VII. *Traité de l'érysipèle et des différentes variétés qu'il peut offrir*; par Alm. Lepelletier, de la Sarthe. Paris, 1836, in-8°. pp. 309. — M. Lepelletier avait un sujet de thèse parfaitement en rapport avec ses habitudes, puisque ce candidat se livre également à la pratique de la médecine et à celle de la chirurgie, et que l'érysipèle est une question médico-chirurgicale s'il en fût. Ce candidat a donné sur cette importante question un travail qui pourrait être considéré comme une monographie complète de l'érysipèle, si les matériaux avaient été un peu plus mûrement digérés. Les opinions des auteurs qui ont traité de l'érysipèle y ont été mises en présence d'une manière tellement complète et tellement impartiale, que le lecteur n'aura pas besoin d'aller chercher ailleurs les documens nombreux qui se rapportent à l'érysipèle; ils se trouvent rassemblés dans la dissertation de M. Lepelletier avec une telle profusion, qu'on pourrait considérer l'œuvre de ce candidat comme un véritable tour de force, si l'on ne savait comment ce genre de travail est exécuté, et si d'autres compétiteurs n'avaient pas lutté de volume et de rapidité de typographie avec M. Lepelletier. Quoi qu'il en soit, tous ceux qui exercent l'art de guérir liront avec intérêt le travail de M. Lepelletier, travail qui, tout en leur épargnant des recherches longues et pénibles, leur permettra de s'initier dans tous les détails d'une question aussi éminemment pratique. Une circonstance qui recommande encore cette production, c'est qu'elle a été faite principalement au point de vue du traitement, et bien que l'auteur n'ait point négligé de donner à son travail une base anatomique et physiologique, il a insisté sur les méthodes curatives, de manière à laisser bien peu de chose à désirer sur ce point. Quelques faits inédits et intéressans se trouvent dans cette dissertation.

N.

Recherches anatomico-pathologiques sur l'encéphale et ses dépendances; par M. Lallemand, *professeur de clinique chirugicale à la Faculté de Montpellier, etc.* 6.e, 7.e, 8.e *et* 9.e *Lettres.* — Les neuf Lettres forment 3 vol. Paris, 1820-1834. In-8.o. Le 3.e vol. est terminé par une table générale.

Six ans se sont écoulés et quatre nouvelles *Lettres* ont paru depuis notre dernier article sur l'excellent ouvrage de M. Lallemand. Un aussi long silence ne pouvait heureusement influer sur le sort de ce livre, modèle inimitable d'observation sagace, de discussion

profonde, et de logique irrésistible, dans lequel la hardiesse des conceptions théoriques se montre si sagement tempérée par le jugement et la raison, où fourmillent les vérités neuves, les aperçus et les rapprochemens ingénieux, œuvre de science et de génie, que tout médecin instruit possède et médite sans relâche. Toutefois le succès de l'ouvrage ne nous justifie pas d'avoir tant tardé à en entretenir les lecteurs des *Archives*, et l'auteur aurait droit de se plaindre d'une négligence qu'il a pu prendre pour un déni de justice. Nous venons enfin réparer nos torts et acquitter notre dette envers l'honorable professeur de Montpellier.

Rappelons d'abord en peu de mots le sujet de chacune des cinq Lettres précédentes. La première est consacrée à l'étude du *ramollissement* ou de l'inflammation proprement dite de la pulpe cérébrale, de celle qui est caractérisée anatomiquement par l'injection vasculaire, l'infiltration ou l'épanchement du sang au sein de cette pulpe. Dans la seconde, M. Lallemand décrit la seconde période de cette inflammation, c'est-à-dire, celle de suppuration, anatomiquement caractérisée par la formation du pus et son mélange avec la substance du cerveau. La troisième traite des abcès non enkystés du cerveau, c'est-à-dire, de cette troisième période du ramollissement cérébral dans laquelle le pus se rassemble en foyer et n'est cependant pas encore enveloppé d'une poche. La quatrième renferme l'histoire des abcès enkystés. Dans la cinquième enfin, notre savant auteur trace la description des indurations rouges de la pulpe cérébrale, en d'autres termes, de la terminaison par induration rouge des anciens ramollissemens avec infiltration sanguine.

Par ce court résumé on voit ce qui restait à faire pour compléter l'histoire de l'inflammation cérébrale. Il restait à étudier tous les autres modes de terminaison de cet état morbide, savoir : la cicatrisation, l'ulcération, et les indurations blanches de toute nature. C'était là certainement la partie la plus obscure et la plus difficile du travail que M. Lallemand avait entrepris. Les faits dont il avait maintenant à s'occuper, de plus en plus pauvres de détails, devenaient par cela même d'une interprétation moins facile; la marche des phénomènes morbides s'y montrait irrégulière, presque toujours interrompue par des intervalles longs et inégaux qui en faisaient perdre de vue l'enchaînement; les désordres anatomiques, souvent complexes, se présentaient pour la plupart sous ces formes indécises, inextricables, qui leur a valu le nom de désorganisation; et pour découvrir l'unité d'action, si je puis ainsi dire, entre les cinq ou six actes de ch[illegible]un de ces petits drames, sonder avec fruit

la nature des lésions matérielles qui les avaient provoqués, établir les rapports de tous ces faits, il fallait joindre une grande perspicacité à beaucoup de savoir et de rectitude dans le jugement. Doué de ces qualités à un haut degré, M. Lallemand a su remplir avec bonheur cette tâche difficile. Une analyse rapide de ses quatre dernières Lettres va suffire pour en donner la preuve.

L'histoire des *indurations minces, applaties, radiées, alongées, irrégulières*, forme le sujet de la sixième Lettre. Pour le savant professeur de Montpellier, toutes ces indurations sont des *cicatrices*. Mais il n'attache pas à ce mot le sens qu'on lui donne généralement. Dans l'esprit des médecins, la cicatrice entraîne l'idée d'un moyen de réunion des parties divisées, ou de réparation des pertes de substance, et toujours celle de guérison. M. Lallemand ne partage pas cette manière peu philosophique, selon lui, d'envisager le phénomène. Après avoir rappelé qu'il existe des cicatrices très-nuisibles, il fait sentir à combien d'erreurs peuvent entraîner dans l'étude de l'anatomie pathologique ces préoccupations des causes finales, de but utile et de prévoyance de la nature. Il veut que l'on s'y borne à constater des phénomènes, à les suivre dans leur succession depuis celui qui commence chaque série jusqu'à celui qui la termine, à rechercher enfin la loi qui les enchaîne, sans se préoccuper le moins du monde des effets bons ou mauvais qui en résultent pour l'économie. Or, en étudiant anatomiquement de cette manière l'inflammation dans tous les tissus, il fait voir que partout, à la peau, dans les os, dans les parenchymes, dans la pulpe cérébrale, elle produit constamment la même succession de phénomènes : les tissus se ramollissent d'abord, ils perdent de leur cohésion, ils s'infiltrent de fluides nouveaux; puis ils se condensent par suite de l'absorption ou de l'organisation des fluides qui les pénétraient, ils se resserrent et s'indurent. Que cette augmentation de consistance reçoive les noms de cicatrice, de cal, d'éburnation, ou d'induration, c'est toujours le même fait, reconnaissant la même cause, succédant au même travail moléculaire, et terminant la même chaîne de phénomènes morbides. Voilà comment et pourquoi M. Lallemand assimile aux cicatrices les indurations dont il traite dans cette Lettre; et lorsqu'il se demande par suite à quels caractères on pourra distinguer les *cicatrices* des *indurations fibreuses*, *fibro-cartilagineuses* et *cartilagineuses*, il avoue n'en pas connaître d'importans. Aussi, formulant en loi tous les faits anatomiques de l'inflammation, dit-il que *toute altération de tissu, due à l'inflammation, commence par le ramollissement et finit par l'induration.*

De cette manière d'envisager les indurations de la pulpe céré-

brale, il résulte que ce ne sont pas, à proprement parler, des maladies, mais seulement des terminaisons de maladies. En effet, elles n'ont ni causes, ni symptômes qui leur soient propres : leurs causes et leurs symptômes sont ceux de l'encéphalite aiguë ou chronique. Cependant après la disparition de toute inflammation, elles entretiennent par le fait matériel de leur présence la paralysie que celle-ci avait fait naître, et de plus, en excitant, comme le ferait un corps étranger, la substance cérébrale qui les entoure, elles peuvent provoquer de la céphalalgie, des accidens spasmodiques, des attaques d'épilepsie, de l'aliénation mentale, ou bien déterminer le retour de l'encéphalite. Ainsi, causes de maladies à leur tour après en avoir été les effets, leur état d'inertie explique la persistance et la presque incurabilité des accidens qu'elles provoquent, les guérisons apparentes qui en entrecoupent la marche, et la durée par fois si longue de ces intervalles de calme. Elles peuvent cependant guérir. Il arrive quelquefois, dans des cas extrêmement rares, il est vrai, que l'absorption enlève à la longue les matériaux de l'induration, et ne laisse subsister que la trame celluleuse dans laquelle ils étaient déposés. L'art peut-il aider, favoriser cet heureux résultat? Sa puissance en pareil cas est nécessairement très-bornée; on le conçoit sans peine.

Telle est en substance la sixième Lettre sur l'encéphale. Vingt-quatre observations, commentées avec cette sagacité qui forme l'un des caractères les plus saillans du talent de l'auteur, y servent de base et d'appui aux considérations théoriques. Disposées dans un ordre parfaitement logique, chacune d'elles éclaire quelque point obscur de celle qui la précède et achemine vers celle qui la suit. Elles s'enchaînent entre elles comme les phrases d'un discours bien fait, que l'on ne saurait déplacer sans le rendre obscur et inintelligible.

Tout ce que nous venons de dire s'applique aux trois Lettres suivantes, ce qui nous dispensera de les analyser avec détail. Ainsi dans la septième, consacrée aux indurations *fibreuses*, *fibro-cartilagineuses*, et *cartilagineuses*, tous les efforts de l'auteur tendent à démontrer l'identité de ces altérations avec les cicatrices qui forment le sujet de la Lettre précédente. A cet effet, il montre que les unes et les autres naissent dans les mêmes circonstances, qu'elles sont accompagnées par les mêmes symptômes, que la marche des accidens est semblable, que leur composition est de même nature, etc., etc. La forme, le volume, la densité, présentent seules quelques différences, mais cela ne suffit pas pour justifier les distinctions que l'on voudrait établir entre elles. L'anatomie pathologique en

décrivant minutieusement les lésions, en imposant des noms particuliers à toutes les variétés d'aspect qu'elles présentent, est tombée dans une erreur analogue à celle des anciens, qui réduits à l'observation exclusive des phénomènes morbides extérieurs par l'impossibilité d'ouvrir les cadavres, avaient fait autant de maladies de la plupart des symptômes un peu graves. Pour éviter de semblables erreurs, il faut désormais demander à l'analyse chimique le secret de la composition intime de toutes les lésions anatomiques. Alors on verra qu'une foule d'altérations que l'on considère comme n'étant pas de même nature appartiennent tout simplement à des formes diverses de la même lésion, observée à des époques différentes de son développement. Il en est ainsi, d'après M. Lallemand, des indurations de toute espèce qui se rencontrent dans le cerveau, en y comprenant même les indurations osseuses dont il trace l'histoire dans sa neuvième Lettre.

La destruction d'une portion plus ou moins étendue du cerveau, du cervelet, et des ventricules, soit par l'ulcération, soit par l'atrophie, fait le sujet de la huitième Lettre. Je ne sais pas si le rapprochement de toutes les observations qu'elle renferme est fondé sur des analogies incontestables; j'avoue ne pas bien apercevoir les rapports qui existent entre l'ulcération et l'atrophie du cerveau. L'une et l'autre sans doute sont des effets de l'absorption, comme le prouve très-bien M. Lallemand, mais je crains qu'il n'y ait ici abus de la généralisation. Si pour expliquer la formation des altérations morbides, on voulait remonter ainsi aux actes physiologiques primordiaux de l'organisation, on arriverait à ce résultat qu'elles dépendent toutes de la nutrition ou de l'absorption, conséquence tellement vague qu'elle équivaudrait à l'aveu de notre impuissance pour découvrir ce mystère. Quoi qu'il en soit, les faits curieux dont cette Lettre abonde, les commentaires ingénieux et cependant toujours vrais dont M. Lallemand les accompagne, et le savant résumé qui la termine, en font une des plus intéressantes de l'ouvrage. J'aurais voulu qu'elle finît l'histoire des inflammations de l'encéphale au lieu de celle qui traite des indurations osseuses; j'aurais aussi désiré que l'ouvrage se terminât par un résumé rapide et cependant complet de tous les faits physiologiques et pathologiques qu'il contient, qui les eût en quelque sorte présentés comme en relief sous les yeux des lecteurs. C'eût été dignement couronner, ce me semble, le monument durable que M. Lallemand vient d'élever à sa gloire, à la science, et à l'humanité.

L. Ch. Roche.

Les Aphorismes d'Hippocrate, classés systématiquement et précédés d'une introduction historique; par J. E. Dezeimeris. Paris, 1836; in-32, pp. XLIII-280.

On admire beaucoup Hippocrate, mais on ne le lit pas, et la meilleure raison, sans contredit, c'est que la majeure partie de ce que l'on nomme ses œuvres est à peu près illisible.

A l'exception d'un petit nombre de courts traités auxquels il paraît avoir mis la dernière main, ce qu'il a laissé consistait probablement en notes, documens et fragmens divers recueillis par lui dans sa pratique ou pendant ses voyages.

De quelle valeur étaient pour lui ces matériaux? Quelle forme voulait-il leur donner? Les destinait-il tous à la postérité? C'est ce que nul ne peut dire. On n'avait pas alors les ressources de notre écriture et de l'imprimerie. Un livre ne se composait pas comme aujourd'hui; c'était chose bien moins facile, et nous ne voyons pas qu'Hippocrate ait donné d'instruction pour l'achèvement des siens. Heureuse la postérité, si les documens qu'il lui a transmis nous étaient parvenus dans leur simple et primitive nudité!

Mais il n'en devait pas être ainsi: Hippocrate mort, son immense renommée fut bientôt exploitée. L'intérêt, la cupidité, et d'autres passions encore s'en mêlèrent. Chacune de ses paroles devint une propriété qu'on s'arracha et qu'au besoin on dénatura. Les opinions philosophiques et les doctrines médicales des temps qui suivirent le sien s'empressèrent de puiser à cet arsenal et s'y forgèrent des armes à leur convenance. De là ces propositions témérairement généralisées, ou détournées de leur premier sens, ces passages furtivement glissés dans le texte, et même des livres complètement supposés. De là enfin, quand la nuée des scribes, des glossateurs et des commentateurs se fut abattue sur cette proie, la masse indigeste, contradictoire et repoussante qu'il faut dévorer, lorsque l'on veut prendre quelque teinture des productions d'un des plus beaux génies qui aient paru.

Déjà, du temps de Galien, on déplorait toutes ces fraudes, et le célèbre médecin de Pergame consacra une partie importante de ses travaux à retrouver la véritable doctrine d'Hippocrate, par la restauration de ses livres authentiques. Quelques autres savans sont entrés après lui dans la même carrière, et ont beaucoup contribué à dissiper les ténèbres de cette partie de l'histoire de l'art. Mais il reste encore immensément à faire; témoin le défaut d'ordre dans la distribution des matières, l'incohérence des fragmens réunis sous le même titre, les contradictions et les erreurs qu'on rencontre si souvent à côté des connaissances ou des notions qui ne peuvent avoir été celles d'Hippocrate.

Aussi sent-on généralement le besoin d'une édition nouvelle, qui, profitant des richesses de la philologie et de l'érudition modernes, fasse disparaître bon nombre de ces taches, et se présente sous une forme plus en harmonie avec les progrès de la science.

C'est ce qu'ont parfaitement compris deux de nos laborieux et doctes confrères, MM. Littré et Dezeimeris, qui, chacun de leur côté, s'occuppent de la révision des œuvres d'Hippocrate. Pour

l'honneur de l'École de Paris, nous souhaitons vivement qu'ils poursuivent jusqu'au bout leur glorieuse entreprise. Comme M. Littré n'a encore rien fait connaître de son travail, nous ne parlerons ici que de celui de M. Dezeimeris, et de la nouvelle édition des Aphorismes par laquelle il débute.

Les Aphorismes ont été de tous temps regardés comme un ouvrage légitime (à l'exception toutefois de la huitième section), et comme un des plus remarquables d'Hippocrate. Eh bien, nous le demandons : Y a-t-il une lecture plus pénible et moins attachante? Qui n'a déploré maintes fois le défaut absolu de méthode d'après lequel ces sections ont été formées? Il est bien vrai que chaque aphorisme a un sens complet et indépendant de ce qui précède et de ce qui suit ; mais il n'en résulte pas que ces vérités, tout indépendantes qu'elles soient, ne se rapportent, celles-ci à tel sujet, celles-là à tel autre, et qu'il n'y ait avantage, tant qu'à en faire un livre, à rapprocher celles d'un même ordre. Ce rapprochement ne leur ôte rien de leur valeur individuelle, et il est impossible qu'il ne montre pas entre elles des connexions qui avaient échappé. Les vérités scientifiques, pour être indépendantes, ne sont jamais étrangères les unes aux autres; convenablement disposées et rapprochées, elles s'éclairent et se fortifient réciproquement, en même temps que de leur analyse comparative peuvent sortir des idées générales auxquelles on n'aurait jamais été conduit par la méditation de chacune d'elles prise isolément. Ces idées sont celles qui ont guidé M. Dezeimeris, et le résultat prouve de la manière la plus évidente en faveur de leur justesse. La lecture de cette nouvelle édition, comparée à celle des précédentes, a un attrait tout nouveau. Ce sont des considérations parfaitement claires, relatives les unes à l'étiologie, les autres à la symptomatologie, celles-ci au diagnostic; celles-là au prognostic ; on passe sans difficulté de l'une à l'autre, on les retient sans effort, et l'ensemble de la doctrine du maître se grave dans l'esprit avec bien plus de netteté. Auparavant le premier aphorisme, *Ars longa*, etc., le seul qui fût à sa place, et deux ou trois autres encore, toujours les mêmes, étaient les seuls qui eussent le privilège de paraître à la fin de toutes les thèses. Espérons que maintenant cette partie de l'érudition des candidats recevra quelque accroissement, et s'étendra au livre tout entier.

M. Dezeimeris se propose d'essayer une classification analogue de la plupart des autres ouvrages d'Hippocrate. Parvenu comme il l'est, après de longues études, à reconnaître dans cette collection, à des signes à peu près certains, les livres antérieurs à ceux de ce grand homme, comme aussi la plupart de ceux qui sont d'une date postérieure, il se propose de tout distribuer d'après l'ordre logique, au lieu de l'ordre arbitraire qui a été suivi jusqu'à ce jour, de faire enfin pour tous les livres ce qu'il vient de faire pour les Aphorismes. Nul doute qu'il ne doive en résulter d'immenses avantages.

Mais les difficultés sont bien plus grandes pour la plupart des autres livres que pour les Aphorismes; ceux-ci du moins nous sont parvenus intacts, ou à peu près, et chacun d'eux a un

sens précis. Il n'en est pas de même des autres. L'ordre des fragmens n'est pas la seule chose à retrouver; il faut retrouver les fragmens eux-mêmes, avec leur véritable sens, dans leur contexture primitive, et exempts des falsifications qu'on leur a fait subir. Cette tâche est des plus difficiles, elle exige autant de tact et de véritable jugement que d'érudition. Espérons que M. Dezeimeris saura la remplir dignement, et qu'il achèvera son édition avec autant de bonheur et de succès qu'il l'a commencée.

Nous lui devrons de pouvoir mieux apprécier les services rendus à la médecine par le vieillard de Cos. Il faudra désormais moins de temps pour pouvoir admirer les qualités qui le placent à la tête des intelligences supérieures; c'est-à-dire la sagacité dont il était doué pour l'observation des faits, et le goût sévère qui dirigea toujours son jugement dans leur appréciation. On verra facilement que sa méthode n'était autre que celle dont le célèbre Bacon fit une loi à son siècle et aux siècles à venir, et qui est devenue partout, dans les sciences, la vraie et l'unique méthode.

En même temps tomberont plusieurs erreurs dont la personne et les écrits d'Hippocrate ont été l'objet. On verra mieux la part d'influence des circonstances, de temps, de localité et de civilisation, au milieu desquels il vivait. On appréciera plus exactement le caractère de sa lutte contre les écoles philosophiques, et le but de plusieurs de ses écrits. La comparaison assidue de ceux qui lui appartiennent en propre a conduit M. Dezeimeris à une multitude d'aperçus qui ne peuvent manquer de rendre la lecture de l'édition nouvelle aussi intéressante qu'instructive, et de redresser bien des faux jugemens. Anticipons, pour en donner la preuve, sur les publications qui doivent suivre.

Les observations distribuées par Hippocrate dans les livres authentiques des Épidémies sont considérées par les uns comme des observations modèles dont on ne saurait trop imiter la concision; pour d'autres ce ne sont que des tableaux insignifians dont il est impossible de rien conclure. M. Dezeimeris fait parfaitement bien voir, à l'honneur d'Hippocrate, que les observations brèves et concises, en effet, n'ont point été données par lui comme des observations complètes, mais uniquement comme énonciation suffisamment détaillée des circonstances dont il veut démontrer la réalité au moment où il les cite. Ce sont des observations très-bien adaptées au texte de son discours, qui n'en ralentissent point la marche, ne détournent point l'attention, et qui sont parfaitement concluantes pour le point qu'il veut établir, mais non pour d'autres. Cette opinion de M. Dezeimeris est tout-à-fait la nôtre, et nous croyons que ce sera bientôt celle de tout le monde: viennent seulement les publications que nous promet la préface, et auxquelles nous croyons pouvoir prédire le meilleur accueil. DALMAS.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

JUILLET 1836.

Recherches pour servir à l'histoire pathologique du pancréas. (*Mémoire couronné par la Société médicale d'Emulation de Paris*), *par* J. T. Mondière, *D. M. P.*, *membre de plusieurs Sociétés savantes, médecin-adjoint de l'hôpital de Loudun* (*Vienne*). (II.e article).

Inflammation. — « L'inflammation du pancréas, dit M. Bécourt (1), est ordinairement une subinflammation plutôt qu'une phlegmasie franche. » Si l'on ne juge des maladies du pancréas que par ce que l'ouverture des cadavres nous en apprend, nul doute que l'opinion de l'auteur que nous venons de citer ne soit vraie, du moins en apparence; mais on reviendra facilement de ce premier jugement, si l'on remarque que la phlegmasie aiguë du pancréas, organe qui n'est point essentiel à la vie, ne peut être que très-rarement mortelle, et que l'on a dû quelquefois attribuer à l'inflammation de l'estomac ou du duodénum des accidens qui dépendaient d'une pancréatite aiguë; et nous pensons que lorsque la science possédera quelques données plus certaines sur les signes propres à cette phlegmasie, elle paraîtra plus fréquente, et que certain groupe de symptômes que l'ont croit aujourd'hui ap-

(1) *Loc. cit.*, p. 34.

partenir à la lésion d'un autre organe situé dans la région épigastrique, sera reconnu dépendre d'une pancréatite aiguë, comme, depuis les travaux importans de Corvisart, on a vu les maladies du cœur devenir en apparence plus fréquentes, tandis que seulement l'analyse plus parfaite des symptômes a fait rattacher aux altérations organiques de ce viscère ce que l'on avait, dans beaucoup de cas, qualifié *d'asthme*, *d'angine de poitrine*, etc., etc. Quoi qu'il en soit, la pancréatite est idiopathique, ou la suite d'une phlegmasie de l'estomac, du duodénum ou du foie; d'autres fois elle est le résultat sympathique de l'inflammation des glandes salivaires.

Bien que l'inflammation du pancréas ait été constatée dans ces derniers temps, c'est moins isolément qu'on l'a rencontrée que liée à quelques autres états pathologiques. Ainsi le docteur Fauconneau-Dufresne a vu les glandes salivaires et le pancréas rougeâtres sur le cadavre d'un individu mort de la rage; le docteur Rennes (1) l'a trouvé rouge et hypertrophié sur un individu qui succomba à une fièvre jaune et sporadique (2); enfin Prost (3) et M. Andral (4) l'ont vu plus mou, plus vasculeux et plus gros chez des individus qui avaient succombé à des fièvres adynamiques. Sans doute si la science ne possédait que des cas de cette nature, il nous serait impossible de tracer l'histoire de la pancréatite aiguë; mais avant de rapporter des faits dans lesquels le pancréas était seul malade, nous avons cru devoir citer les précédens pour prouver ce que nous avons déjà dit, que l'inflammation de cet organe n'est pas aussi rare qu'on le suppose généralement. Les observations suivantes sont bien propres à faire connaî-

---

(1) *Archives de Médecine*. T. VII, p. 82.
(2) *Ibid.* T. IX, p. 322.
(3) *Ouverture des corps*. T. I, p. 40, 45, 69, et autres obs.
(4) *Clinique médicale*. 1.re édition. T. I, p. 409.

tre cette phlegmasie exempte de toute complication.

I.re Obs. (1). — Une fille de 29 ans, petite, forte, avait contracté la syphilis en même temps qu'elle était devenue enceinte. Après ses couches, on crut devoir la soumettre à un traitement par le *sublimé*. Au bout de quelque temps les symptômes étaient disparus, mais la malade était prise d'un ptyalisme tel qu'elle rendait jusqu'à quatre livres de salive par jour. Cette sécrétion ayant diminué, il s'établit une diarrhée, et celle-ci augmentait au fur et à mesure que la salivation devenait moins abondante. Le pouls battait 115 fois par minute; la soif et l'ardeur du gosier étaient extrêmes, l'appétit nul; il y eut même quelques envies de vomir. Le ventre était tendu; la malade se plaignait surtout d'anxiété vers la région épigastrique, avec chaleur, douleur fixe, obtuse, profonde, et s'étendant vers l'hypochondre droit. Ces symptômes augmentaient lorsque l'estomac était plein. Après un mieux être de cinq jours, l'état général empira; il y eut un vomissement bilieux. Les remèdes appropriés ramenèrent un peu de calme; mais la malade accusait toujours à la région sus-ombilicale une douleur profonde qui l'empêchait de se coucher sur le dos et le côté gauche, et augmentait par une forte inspiration. La diarrhée revint au point qu'il y avait trente selles dans vingt-quatre heures. Les matières, qui jusqu'alors avaient été jaunes et aqueuses, ressemblaient alors à de la salive. Quelques remèdes toniques et amers calmèrent ces symptômes et diminuèrent beaucoup la diarrhée; en un mot, une amélioration sensible existait, lorsqu'un soir la malade fut prise d'un violent accès de fièvre qui, ayant reparu le lendemain, ramena la diarrhée. La nuit suivante, douleur pongitive à la région épigastrique, avec toux et orthopnée. (Une saignée est pratiquée sans

(1) Schmackffer. *Obs. de quibusdam pancreatis morbis.* Halle, 1817, in-4.°, p. 19; et Bécourt, *loc. cit.*, p. 36.

succès). Le matin, gonflement des parotides qui étaient chaudes et douloureuses, bouche brûlante, suppression des selles, pouls petit. Le mercure doux avec le camphre et l'opium, les sangsues, les sinapismes, les vésicatoires aux parotides, etc., etc., rien ne put arrêter les progrès du mal. Vers le soir, la respiration était devenue stertoreuse, l'anxiété extrême, le pouls intermittent et filiforme, les extrémités froides, la face hippocratique, et dans la nuit la malade expira.

A l'autopsie, M. Schmackpfeffer trouva le pancréas rouge, tuméfié principalement du côté droit; il paraissait aussi plus consistant que dans l'état naturel. Il vit, en l'incisant, s'écouler de sa substance de nombreuses gouttelettes de sang. Son poids était de huit onces. Le canal excréteur était très-dilaté. De plus, les parotides étaient enflammées; il existait quelques adhérences du poumon gauche, et un peu de sérosité dans la plèvre du même côté; tous les autres organes étaient sains.

Résumons, en peu de mots, ce fait important. Nous voyons d'abord l'inflammation des glandes salivaires réagir sympathiquement sur le pancréas et peut-être sur les organes biliaires, et donner lieu à une diarrhée qui augmente à mesure que la salivation diminue, et qui, composée d'abord d'un mélange de matières aqueuses et bilieuses, ressemble plus tard à de la salive. Bientôt, sans cause connue, et au moment où une amélioration marquée faisait espérer une terminaison heureuse, l'inflammation du pancréas devient très-intense, les selles se suppriment; les parotides, recevant à leur tour l'influence sympathique de l'organe qu'elles avaient influencé auparavant, se gonflent, deviennent chaudes et douloureuses; et la douleur épigastrique qui, dans la première, était obtuse, devient pongitive et s'accompagne de toux et d'orthopnée. Mais cette douleur est importante à étudier sous d'autres rapports encore : ainsi elle est fixe, profonde, et augmente quand

l'estomac est plein, et par une forte inspiration; elle empêche la malade de se coucher sur le dos et le côté gauche. La disposition anatomique du pancréas et des organes environnans, qui le compriment dans certains cas, nous rend suffisamment compte de cette douleur, de son siège, de sa nature et de ses modifications. En effet, dans les diverses circonstances que nous venons d'énumérer, le pancréas, collé contre la colonne vertébrale, se trouve comprimé par le foie quand le malade se couche sur le côté gauche; par l'estomac, lorsque ce viscère est distendu par des alimens, et, dans l'inspiration, par le diaphragme et les muscles abdominaux qui refoulent sur lui tous les autres organes. Rappelons au lecteur que dans leurs expériences sur les animaux vivans, MM. Tiedemann et Gmelin ont observé que quand l'animal respirait profondément, le liquide pancréatique coulait en plus grande abondance.

Obs. II.e (1) — Un étudiant, d'un caractère mélancolique, se soumit, de son propre mouvement, à un traitement mercuriel pour faire disparaître quelques symptômes qu'il imputait à une ancienne syphilis. Depuis plusieurs mois il prenait régulièrement un demi-scrupule de calomel par jour, lorsque, pour faire cesser des démangeaisons occasionnées par le *pediculus pubis*, il fit des frictions avec l'onguent napolitain, renforcé par le précipité rouge. Dès la seconde friction, la bouche devint malade; après la troisième, une salivation orageuse s'établit, et les selles, qui jusqu'alors avaient été naturelles, se supprimèrent. Le professeur Harles vit alors le malade chez lequel, excepté la salivation, il n'existait aucun autre symptôme de maladie: toutefois il y avait déjà une légère tension à l'épigastre. Sous l'influence du quinquina uni à l'opium, la sali-

(1) Harles. *Ueber die Krankeiten des Pancreas*, p. 62, 1812, in-4.o de 78 pages.

vation diminua. En même temps la tension à l'épigastre augmenta, le malade se plaignit d'une sensation de chaleur incommode dans cette partie, et, en la palpant avec soin, le médecin ne tarda pas à y reconnaître une légère tuméfaction. (Elixir de Haller, vésicatoire sur l'épigastre). La constipation persistait : quatre lavemens entraînent avec peine quelques matières dures. Cependant la salivation, beaucoup diminuée, reparut avec plus de violence, et aussitôt les symptômes du côté de l'épigastre se calmèrent. Cet état dura cinq jours. Les glandes salivaires étaient tuméfiées, dures et douloureuses. L'état d'épuisement du malade faisant craindre une phthisie intestinale, on revint à l'usage du quinquina et de l'opium, en y associant la digitale. Ces médicamens ralentirent une seconde fois la salivation, sans qu'il survînt aucun accident appréciable du côté du pancréas. Le 10.e jour, reparurent simultanément la salivation et la douleur épigastrique qui persistèrent jusqu'au 14.e, époque où le médecin trouva son malade plongé dans une sueur copieuse, qui dura trois jours et fut suivie de la disparition de tous les symptômes. La convalescence fut courte.

Il suffit de rapprocher ce fait du premier pour voir de suite les nombreux rapports qui existent entre eux. Nous nous bornerons à faire remarquer cette suppression des matières fécales, aussitôt que la salivation fut établie; l'influence réciproque du pancréas sur les glandes salivaires, et de celles-ci sur le premier ; enfin la disparition prompte de tout symptôme de maladie de ces organes sécréteurs, par l'établissement d'une sueur copieuse qui dura trois jours ; phénomène qu'il ne faut pas perdre de vue pour le traitement de la pancréatite.

Obs. III.e (1). — Un homme déjà âgé, disposé à la cor-

---

(1) *Transactions of the association of physicians in Ireland.* 1818. T. II, p. 130.

pulence, fut, pendant l'automne de l'année 1817, fréqnemment pris de douleurs aiguës dans la région épigastaique, accompagnées de tuméfaction et suivies de jaunisse. Quelques purgatifs le soulagèrent, mais ne firent point disparaître les symptômes principaux. Quelques semaines après, ce malade, au moindre exercice du corps, éprouvait dans la poitrine une douleur obtuse qui ne s'accompagnait ni de toux ni de difficulté à respirer. Comme cette douleur paraissait dépendre de celle de l'épigastre, on appliqua sur cette dernière région un vésicatoire qui apporta beaucoup de soulagement. Lorsque le docteur Percival vit le malade, au mois de novembre, sa constitution était altérée, le pourtour des yeux était jaunâtre, la langue chargée, les urines rares et très-colorées, le pouls à 78, l'épigastre saillant, surtout entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde; le bord du foie pouvait être senti avec assez de facilité, mais ne présentait aucune apparence de lésion organique. Au-dessous de lui, dans la région épigastrique, on sentait une tumeur dure, rénitente, et cédant lentement à la pression. Le malade avait eu des frissons et avait perdu de ses forces et de son embonpoint. Huit sangsues appliquées à l'épigastre saignèrent beaucoup et donnèrent lieu à quelques syncopes. La tumeur diminua beaucoup, l'urine devint plus abondante et naturelle, le pouls plus plein et moins résistant, et le malade dit que l'oppression était beaucoup moindre. Un vésicatoire appliqué sur la même partie et entretenu pendant dix jours, quelques laxatifs doux, des bains tièdes et un régime assez sévère, améliorèrent tellement l'état du malade, qu'il assura n'avoir jamais joui d'une aussi bonne santé. Cependant il restait toujours dans l'épigastre une tumeur et une dureté assez marquées, lorsqu'une diarrhée survenue spontanément fit rapidement diminuer ces symptômes, au point qu'au bout de quinze jours ils avaient entièrement disparu.

Nous avons dû rapporter cette observation dans tous ses

détails, car dans un point de pathologie aussi obscur encore que celui dont nous nous occupons, il ne faut négliger aucun des faits qui peuvent l'éclairer. M. Bécourt, qui la cite également, en a omis les circonstances les plus frappantes et les plus dignes d'intérêt. Ainsi il laisse en quelque sorte inaperçus ces symptômes de jaunisse qui dénotent que, dans ce cas, c'était la tête du pancréas qui était principalement affectée et comprimait les canaux biliaires, symptômes qui n'ont point été notés dans les observations précédentes, mais que nous rencontrerons souvent dans les altérations organiques du pancréas avec augmentation de son volume. Il ne dit rien non plus de cette diarrhée spontanée qui fit disparaître promptement jusqu'à la dernière trace de la maladie. Il est à regretter que le docteur Percival n'ait pas mieux caractérisé cette diarrrhée, et spécifié la nature des matières qui furent rendues, car si, comme il est permis de le supposer, ces matières n'étaient en grande partie formées que par du suc pancréatique plus ou moins altéré, on s'expliquerait facilement la disparition presque subite de la tumeur, par la sortie du liquide sécrété et retenu jusqu'alors dans la glande, comme nous avons vu à Paris, chez une dame que nous avions accouchée, une mamelle qui, depuis cinq jours, était dure et très-tendue, diminuer de volume et devenir flasque aussitôt après la sortie d'une grande quantité de lait, et comme l'on voit des engorgemens de la glande parotide déterminés par le séjour de la salive dans ses canaux, se dissiper promptement après qu'on a provoqué une évacuation abondante de ce liquide (1).

Obs. IV.e (2). — M. C...., âgé de 32 ans, tourneur,

(1) L. Murat. *De la glande parotide considérée sous ses rapports anatomique, physiologique et pathologiques*. Paris, 1803, in-8.°, 42 pages.

(2) *Transactions of the physicians*, etc. T. II, p. 137.

homme fort et puissant, adonné aux liqueurs alcoholiques, avait fait usage, à l'intérieur, de préparations mercurielles, pour des douleurs qu'il supposait syphilitiques, et qui avaient pour siège le crâne et les os. S'étant exposé au froid en sortant d'un bain chaud, il fut pris, le 22 juillet, de soif, de nausées, de légers vomissemens et de flatuosités. Pour appaiser sa soif, il but une graude quantite du lait de beurre (*butter-milk*), de l'eau d'orge, etc., etc.; mais la distension du ventre augmentant, il consulta le docteur Crampton, le 26 juillet. A cette époque le ventre était très-distendu, et présentait une fluctuation manifeste; les jambes étaient œdémateuses, et l'on sentait dans la région épigastrique une tumeur dure, circonscrite, presque circulaire, à bords apparens, et très-sensible à la pression; le pouls était naturel, la langue légèrement blanehe, la bouche affectée par le mercure, l'urine très-colorée, avec sédiment rougeâtre; il y avait de la diarrhée; la respiration était libre; il n'y avait aucune apparence de jaunisse, et les fécès étaient colorées par la bile. Instruit par les faits publiés tout récemment par le docteur Percival, M. Crampton reconnut un gonflement inflammatoire du pancréas, et résolut d'attaquer vigoureusement cette affection. En conséquence, il prescrivit une saignée du bras de vingt onces, l'application de vingt sangsues à l'épigastre, et quelques doses de jalap et de crême de tartre. Le jour suivant la tumeur de l'épigastre avait diminué d'une manière considérable, et était plns aisément circonscrite; l'urine était plus abondante et moins chargée. Le 29, les saignées générales et locales furent répétées; le sang offrait encore un caillot ferme et en godet, mais la quantité de sérum était plus considérable. Le 2 août, l'épanchement abdominal avait disparu, et la tumeur de l'épigastre, quoique encore appréciable, avait beaucoup diminué; l'urine était claire et abondante. Le jalap et la crême de tartre furent continués, et un vésicatoire appliqué sur la région épigastrique.

Le 8, la tumeur avait complètement disparu, et le malade était en très-bonne santé.

Pour nous, cette maladie est bien une pancréatite; mais, comme s'il nous restait quelque doute, procédons par voie d'exclusion, et voyons si nous arriverons à confirmer le diagnostic de M. Crampton. Parmi les organes situés dans la région épigastrique, quels sont ceux dont les lésions peuvent donner lieu à des symptômes semblables à ceux qui viennent d'être décrits? le foie : mais aucun symptôme d'altération de cet organe ne s'est manifesté, et l'auteur a en quelque sorte eu le soin de prévenir cette objection, car il dit positivement qu'il n'y avait aucune trace de jaunisse, et que les fécès étaient colorées par la bile. L'estomac? mais, si l'on excepte les nausées et les vomissemens, symptômes d'ailleurs qui appartiennent aussi à la pancréatite, rien, dans le cas de M. Crampton, n'indique une altération de l'estomac; en outre, quelle altération de cet organe pourrait donc, en quatre jours, former une tumeur semblable à celle qui existait dans ce cas, et disparaître aussi rapidement? La rate? mais cet organe est situé profondément dans l'hypochondre gauche, et ne peut jamais venir former une *tumeur circonscrite* dans l'épigastre. L'épiploon? mais il n'y a qu'une lésion organique de son tissu qui pourrait simuler une tumeur anologue à celle dont il est question ici, et une altération de cette nature ne se forme pas et ne disparaît point dans un laps de temps aussi court. Concluons donc, d'après cet examen rapide, qu'il y avait bien là gonflement inflammatoire du pancréas, produit vraisemblablement par l'emploi du mercure, aidé peut-être par le froid auquel le malade s'était exposé, comme sous l'influence du même agent on voit fréquemment apparaître des salivations muqueuses au milieu d'un traitement mercuriel.

Mais si jusqu'ici tout semble s'expliquer d'une manière satisfaisante, il n'en est pas de même pour cette ascite qui

est venue compliquer l'affection du pancréas. Etait-elle due, comme paraît le croire M. Crampton, à ce que l'inflammation s'était propagée de cet organe à la séreuse abdominale? Il nous semble que non, car l'inflammation aiguë du péritoine s'annonce ordinairement par des douleurs aiguës qui n'ont point existé ici, parce qu'une péritonite partielle donne rarement et peut être jamais naissance à l'ascite, et parce que, lorsque celle-ci reconnaît cette cause, elle ne se dissipe point aussi promptement. S'il nous fallait donner une explication de cette complication, ne pourrions-nous pas en chercher la cause dans le gonflement même du pancréas qui, couché sur les gros vaisseaux, a pu les comprimer, et principalement la veine cave et la veine porte ventrale, et mettant par là obstacle à la circulation, donner lieu à l'œdème des jambes et à l'épanchement de sérosité dans la cavité abdominale? Pour appuyer cette opinion, disons que Portal (1) a rapporté un cas d'anévrysme de l'aorte causé par le pancréas hypertrophié qui comprimait cette artère. Plus loin, en étudiant les effets de l'hypertrophie du pancréas sur les organes environnans, nous aurons encore occasion de signaler des faits plus ou moins analogues.

Si, prenant toujours l'observation pour guide, nous voulons étudier les terminaisons de la pancréatite aiguë, nous verrons que cette inflammation peut se terminer par résolution, comme le prouvent plusieurs des faits que nous avons déjà rapportés, par gangrène, et par suppuration. Ce dernier résultat devrait même être considéré comme très-fréquent, si on voulait s'en rapporter aux nombreuses observations publiées par les auteurs anciens. Mais beaucoup de ces faits sont présentés avec trop peu de détails pour qu'on puisse les admettre sans un examen sévère, et nous pensons que par là leur nombre se trouvera beaucoup ré-

(1) *Traité de l'apoplexie*. Paris, 1811, in-8.° p. 390.

duit. Cependant quelques-uns d'entre eux prouvent évidemment que cette terminaison est possible, et nous sommes étonnés que MM. Roux et Bérard (1) aient tout récemment mis en doute la formation d'abcès dans le pancréas, tout en les admettant comme très-fréquens dans les glandes salivaires. Nous n'apercevons pas la raison qui pourrait donner lieu à cette différence de résultat de l'inflammation dans des organes dont les fonctions et la structure anatomique sont les mêmes. Au reste, nous allons bientôt citer des faits qui entraînent la conviction avec eux.

« Que l'inflammation ait été reconnue ou non pendant la vie, si à l'autopsie on rencontre du pus dans le pancréas, on prononcera avec certitude qu'elle a existé. » Cette opinion de M. Bécourt (2), vraie dans la grande majorité des cas, ne peut être générale, et elle trouve des exceptions dans les faits même que ce médecin cite d'après M. Tonnellé (3), qui deux fois a observé du pus dans le pancréas, chez des femmes mortes de péritonite puerpérale. M. Tonnellé d'ailleurs n'a point attribué cette présence du pus à l'inflammation, mais il a regardé ce liquide comme déposé dans les organes où il en a rencontré. C'est ce qu'avaient déjà prouvé les travaux récens de Dance, Legallois, et de MM. Blandin, Velpeau, etc., etc.

Quoi qu'il en soit, la suppuration du pancréas a été signalée depuis longtemps, et Lieutaud (4) en rapporte plusieurs observations qu'il a puisées dans divers auteurs. Depuis, cette altération a été observée par Harles chez des enfans; par Gaultier (5) sur un jeune homme qui était

---

(1) *Dictionnaire de Méd.*, 2.e édition. T. I, p. 27.

(2) *Loc. cit.*, p. 42.

(3) *Archives de Médecine*. T. XXII, p. 345 et 456.

(4) *Historia anatomica*. T. I, p. 244.

(5) *Diss. de irritabilitatis notione, nat. et morb.* Halle, 1793, p. 309.

tourmenté d'une cardialgie continuelle ; par Baillie (1) ; par Portal (2), chez un homme mort à la suite de vomissemens ; par Bouz (3), chez un individu qui ressentait depuis longtemps des douleurs dans la région épigastrique ; par le docteur Moulon (4), sur une jeune fille qui succomba à une gastro-entérite chronique. Outre les lésions du tube digestif, on trouva que le pancréas ne présentait plus qu'un sac rempli de pus ; par Schmackpfeffer, sur un individu mort d'une hernie étranglée, etc., etc. ; enfin on conserve dans le musée de la Faculté de Strasbourg un pancréas enflammé avec plusieurs petits foyers purulens (5). Tantôt la suppuration se fait jour dans l'abdomen (Bouz) ; tantôt dans l'estomac (Gaultier), ou dans le mésocolon, (F. Dœring) (6), etc., etc. Elle peut aussi s'écouler par les selles, comme dans le fait suivant, dû au sieur Haygarth (7) : un homme de moyen âge avait la jaunisse et des vomissemens bilieux ; l'épigastre était tendu, et le toucher faisait facilement reconnaître une tumeur qui en occupait le centre. Les mercuriaux et les diurétiques ne procurèrent pas de soulagement ; la malade maigrit beaucoup, eut des selles sanguinolentes et *purulentes* ; enfin, une ascite vint terminer sa vie après trois mois de souffrance. A l'autopsie, on vit que la tumeur était formée par le pancréas, dont le tissu était endurci ; au centre se trouvait un abcès considérable.

Nous ferons remarquer, dans ce fait, l'ascite qui termina la vie du malade, et qui dépendait évidemment de la com-

(1) *Traité d'anatomie pathologique*. Paris, 1808, in-8.°, p. 262.

(2) *Op. cit.*, p. 352.

(3) *Nov. act. nat. cur.* T. VIII, obs. 12.

(4) *Journal des Progrès*, t. VII ; et *Archives de Médecine*, T. XVII,

(5) Bécourt, *loc. cit.*, p. 44. L'auteur a représenté ce cas pathologique.

(6) *Journal d'Altenbourg*. Avril 1817.

(7) *Transactions of physicians*. T. III, p. 132.

pression exercée par le pancréas, puisque tous les autres organes étaient sains, ce qui vient donner un nouveau poids à l'opinion que nous avons émise plus haut. Le docteur Percival (1) rapporte un cas presque en tout semblable.

On ne doit admettre qu'avec une réserve extrême ce que les auteurs anciens nous disent de la *gangrène* des organes, car on conçoit combien d'altérations diverses ils ont décrites ou indiquées sous ce nom. Si on en voulait une autre preuve, nous citerions l'observation rapportée par J. G. Greisclius (2). Aussi n'ayant point été à portée de vérifier deux faits cités par M. Bécourt (3), et dans lesquels l'inflammation du pancréas se serait terminée par la gangrène, nous nous bornerons à rapporter une observation recueillie par Portal (4), et qui semble prouver que ce résultat est possible. Un marchand de la rue Saint-Denis avait, à plusieurs reprises et pendant plus de deux ans, éprouvé de vives douleurs qu'il appelait des *coliques ;* elles avaient leur siège profondément au-dessus de l'ombilic, et étaient tantôt précédées, tantôt suivies de nausées ou de diarrhée. Le toucher du bas-ventre n'avait fait reconnaître aucun gonflement. Le malade maigrit considérablement; les douleurs redoublèrent, le pouls s'anima, la chaleur de la peau devint âcre; le plus léger contact du bas-ventre était douloureux, les urines rares et rouges. Cet état dura près de vingt jours, et le malade périt au moment où on s'y attendait le moins. L'autopsie apprit que le pancréas était d'un rouge violet, ramolli, laissant suinter de toute sa surface une humeur noirâtre, fétide; en un mot, cet organe était

(1) *Trans. of the king and quenn's College.* T. II.

(2) *Ephémérides des curieux de la nature.* 1672. Dec. 1, obs. 45.

(3) *Loc. cit.*, p. 44. Ces deux faits sont consignés, l'un dans *Ephém. nat. cur.* 1684, obs. 99; et l'autre dans le *Journal de Hufeland.* 1799. T. VII, p. 43.

(4) *Loc. cit.*, p. 353.

gangréné dans presque toute son étendue. L'estomac et le duodénum étaient enflammés en plusieurs endroits.

Inflammation chronique. — Que l'inflammation chronique du pancréas soit en quelque sorte une terminaison de la pancréatite aiguë, ou qu'elle s'établisse primitivement, toujours est-il qu'on l'a souvent observée. Le professeur Heinecken, de Brême, dit avoir vu plusieurs fois, dans des cas de cette espèce, que chaque matin avait lieu un vomissement d'un liquide analogue à la salive, et mêlé de mucosités. Immédiatement après, et même lorsque le vomissement manquait, survenait une évacuation d'une liqueur limpide, chaude, quelquefois acide, et qui ne s'arrêtait qu'après l'ingestion d'une boisson un peu chaude. Un autre symptôme plus constant encore, était la constipation, qui ne cédait que quand le mal était déraciné. Nous avons observé pareils phénomènes chez un individu mort à l'âge de 42 ans, et qui chaque matin avait des vomissemens semblables. Il nous a souvent répété que le matin, aussitôt après son lever, il éprouvait au fond du gosier un chatouillement incommode qui le forçait de faire de violens efforts pour rejeter quelques mucosités et des *eaux* en assez grande abondance; qu'aussitôt après il fumait pour chasser plus facilement ce qu'il appelait sa *pituite*, dont il rejetait alors par regurgitation, et sans beaucoup d'efforts, une pinte et plus; qu'après avoir fumé, il buvait un petit verre d'eau-de-vie qui semblait arrêter les vomissemens, et que la gêne et l'embarras qu'il éprouvait à son réveil au creux de l'estomac disparaissaient en grande partie. Cet homme, dont la peau et les yeux ont constamment offert, dans les derniers temps de son existence, une teinte jaunâtre, a bien évidemment succombé à une altération chronique des organes situés dans la région épigastrique, et nous pensons que chez lui le pancréas était l'organe le plus profondément affecté. Malheureusement, à l'époque où nous l'observions, nous n'avions point encore

dirigé nos recherches sur les altérations de cet organe.

L'observation suivante (1) est bien propre à faire connaître les symptômes et la marche de la pancréatite chronique : Une villageoise, forte et bien portante jusqu'à l'époque de son mariage, avait eu, dans l'espace de six ans, cinq enfans, et les avait perdus. Dans le mois de mars 1820 elle mit au monde un sixième enfant. Immédiatement après la délivrance, elle fut saisie d'une fièvre violente. Cette fièvre était encore assez forte dix semaines après les couches ; la malade était pâle, émaciée, exténuée par des sueurs abondantes et une continuelle salivation, avec éructation d'une liqueur filante, jaunâtre, sans odeur ni saveur. La quantité de ce liquide sécrété dans les vingt-quatre heures dépassait deux livres ; la bouche et le gosier présentaient un aspect naturel ; tantôt il y avait constipation, tantôt diarrhée, et les selles alors étaient semblables aux mucosités rendues par la bouche. Anorexie, grande soif qu'on ne parvenait à calmer qu'en humectant souvent la bouche, car la plus petite quantité de boisson occasionnait des spasmes de l'estomac. Le soir, exacerbation de la fièvre. En outre, douleurs pongitives et transitoires dans le côté gauche de la poitrine, toux sèche, fréquentes palpitations, syncopes au moindre mouvement. La malade éprouvait dans le dos des douleurs qui se propageaient jusque dans l'épaule et le bras droit ; sentiment de pression à la région précordiale et d'anxiété alternant avec les spasmes de l'estomac. Les urines déposaient un sédiment briqueté. Cet ensemble de symptômes fit juger au docteur Eyting, que c'était dans le pancréas que siégeait la maladie, et non dans le poumon, comme l'avait pensé un médecin consulté avant lui. Ce n'est, en effet, qu'à l'altération du premier de ces organes qu'appartient l'évacuation d'un suc *salivaire* par le haut et par le bas, alternant avec la

(1) *Journal d'Hufeland*, avril 1822; et Bécourt, *loc. cit.*, p. 39.

constipation. M. Eyting prescrivit la potion suivante à prendre par cuillerées :

Acide muriatique oxygéné. . . . . . . ℥ j ;
Mucil. gomm. arab. . . . . ℥ ij ;
Aq. cinnam. (*sine vino*). . . . . . . ℥ v ;
Tinct. thebaïc. . . . . ℈ ß.
Sach. alb. q. suff. ad grat. sap.

Au bout de huit jours, l'état de la malade s'était déjà sensiblement amélioré; l'évacuation du liquide salivaire, les sueurs, ainsi que les éructations, avaient un peu diminué. Le même remède fut continué en renforçant les doses; on y joignit des frictions avec le baume du Pérou dissous dans l'alcohol, et en peu de temps disparurent la constipation, les sueurs, la salivation et la diarrhée. Enfin les anodins et les toniques, surtout les martiaux, continués pendant trois mois, ramenèrent la malade à un état de santé qu'elle n'avait plus connu depuis son mariage. Elle vaquait aux soins de son ménage, et se trouvait à la fin de sa septième grossesse sans en être nullement fatiguée.

Dans cette observation, nous ferons remarquer que peut-être les grossesses successives furent la cause prédisposante de la maladie. Souvent en effet, dans cet état, il y a un surcroît d'action dans les glandes mammaires, pancréatiques et salivaires, et il n'est pas rare d'observer alors le ptyalisme et des vomissemens de sucs semblables à la salive. Cette augmentation de sécrétion, que l'on considère généralement comme un effet sympathique, est avec plus de raison, ce nous semble, attribuée par le docteur West (1), à l'état de pléthore qui résulte de la suppression menstruelle. Or, de l'état pléthorique d'un organe à une subinflammation il n'y a qu'un pas. Comme symptômes, nous trouvons une salivation continuelle, des éructa-

(1) *Maladies des femmes en couche.* Thèse. Paris, 1825, N.° 21, p. 10.

tions d'un liquide filant et jaunâtre, tantôt de la constipation, tantôt de la diarrhée, et alors des selles semblables au liquide rendu par la bouche, de l'anorexie, de la soif, des crampes d'estomac et la pyrosis, ce qui vient confirmer ce que nous avons dit plus haut touchant la cause probable de quelques variétés de gastralgie. Nous aurons plus d'une fois occasion de revenir sur ces symptômes, alors que nous parlerons des lésions organiques du pancréas.

Dans un autre cas de pancréatite chronique, suite d'une tumeur rétro-péritonéale, produite elle-même par un squirrhe du testicule, M. Schmackpfeffer (1) a pu confirmer son diagnostic par l'ouverture du corps. Cette phlegmasie s'était manifestée par une sialorrhée et par des selles très-abondantes; plus tard, par la constipation, et enfin par une tumeur dans la région épigastrique. A l'autopsie, on trouva la tumeur rétro-péritonéale, et à sa partie supérieure, le pancréas rouge, gonflé, ramolli à la consistance d'une éponge; son canal était très-dilaté; séparé de la tumeur rétro-péritonéale, il pesait sept onces. Les mêmes symptômes ont encore été notés par le docteur Jallat (2), dans un cas qui, mieux observé et mieux décrit, eût eu beaucoup d'intérêt.

L'histoire de la pancréatite chronique, sur laquelle les observations précédentes ont déjà jeté quelques lumières, se trouvera surtout éclairée par ce que nous dirons plus loin des altérations organiques du pancréas, dont la plupart doivent être considérées comme le résultat d'un travail inflammatoire lent et obscur.

Hypertrophie. — Un état d'hypertrophie du pancréas, c'est-à-dire, sans altération aucune dans la texture de cet organe, est excessivement rare, et la presque totalité des

(1) *Loc. cit.*, p. 29.
(2) *Journal universel.* T. XLIII, p. 119.

faits publiés sous ce titre par les auteurs, nous ont paru appartenir à une dégénération squirrheuse. Ce qui vient surtout nous confirmer dans notre manière de voir, c'est que M. le professeur Cruveilhier, qui cultive l'anatomie pathologique avec tant de zèle et de succès, à l'article *Hypertrophie* (1) du *Dictionnaire de méd. et de chir.-pratiques*, parle de celle de l'estomac et de ses annexes, mais ne dit rien du pancréas. Cependant le docteur Thomas Sewal (2), dans un essai sur les maladies du pancréas, après avoir dit que de toutes ses affections la plus plus fréquente est le squirrhe, état dans lequel l'organe perd sa structure naturelle, ajoute qu'il n'est pas très-rare de le voir augmenté considérablement de volume, et approcher d'un état d'induration, sans présenter aucun changement sensible dans son organisation. Le docteur Sewal regarde cet état comme le premier pas fait vers la dégénérescence squirrheuse. Nous croyons devoir aussi rattacher à cette lésion le cas pathologique rapporté par J. Crampton (3), et dans lequel le pancréas était dur et augmenté de volume (*hard and enlarger*).

Atrophie. — L'atrophie du pancréas peut être la suite d'une maladie de la glande elle-même, ou de celle d'un des organes qui l'entourent. Le cas suivant doit être considéré comme idiopathique; il a été recueilli à la clinique de Lobstein (4). Sur un individu mort ictérique, on trouva la vésicule du fiel et les conduits biliaires très-distendus; le pancréas atrophié était dégénéré en une substance dure, stéatomateuse. En l'incisant on y remarquait une espèce de dépôt calcaire de couleur jaunâtre; sa longueur était de quatre pouces, sa largeur de huit lignes; son canal s'était

(1) Tome X, p. 217.
(2) *The medical and physical Journal.* T. XXXI, p. 94.
(3) *Loc. cit.*, p. 134.
(4) Bécourt, *loc. cit.*, p. 47.

développé au point de former un kyste occupant toute la longueur du pancréas, et dont les parois étaient inséparables de la substance de la glande.

Mais le plus ordinairement l'atrophie du pancréas reconnaît pour cause une altération, soit du foie, soit de l'estomac, soit d'un autre organe voisin. Ainsi le docteur Guérin (1) a observé une atrophie complète de cet organe, dans un cas de masse cancéreuse qui occupait presque tout l'abdomen; M. Berjand l'a vu produite par un anévrysme considérable de l'aorte abdominale, avec lequel il avait contracté des adhérences intimes; Morgagni (3), par une hypertrophie et une dégénération squirrheuse du foie. Mais c'est surtout dans les affections cancéreuses de l'estomac, avec oblitération du pylore, qu'on l'a observée le plus souvent. Dans ce cas, l'atrophie tiendrait-elle à ce que la sécrétion pancréatique n'étant plus sollicitée par l'arrivée de la masse chymeuse dans le duodénum, l'organe cesse d'agir, et par là voit sa nutrition diminuer? Nous le pensons, et cette cause est démontrée pour beaucoup d'organes. Quoi qu'il en soit, cette espèce d'atrophie a été observée par un grand nombre d'auteurs (4). Le docteur Garcy (5) dit que Brechtfeld a vu le pancréas considérablement diminué et presque disparu chez des individus qui avaient succombé à la rage. Nos lectures ne nous ont rien fait connaître de semblable.

(1) *Essai sur quelques points de pathologie médicale.* Thèse. Paris, 1821, N.° 226, p. 72.

(2) *Mém. de méd. et de chir. militaires.* T. XVIII, p. 262.

(3) *De Sedibus*, etc. Epist. 30, art. 14.

(4) *Ancien Journal* T. V, p. 431. T. LXI, p. 582. — *Encyclopédie méthodique*, partie médicale. T. II, p. 550. — *Journal universel.* T. XXXVIII, p. 32. — *Recueil périodique.* T. LXXXIX, p. 312, etc., etc.

(5) *Recherches historiques et pratiques sur l'hydrophobie*, *des Mém. de méd. chir. et pharmacie militaires.* 1821. T. X, p. 87.

Ramollissement. — M. Bécourt (1) dit que le pancréas peut devenir le siège d'un ramollissement analogue à celui dont la rate offre si souvent des exemples ; cette altération se serait rencontrée chez des scorbutiques et des scrofuleux. Portal (2) rapporte avoir vu cet organe très-ramolli sans être plus rouge, ni gonflé ni atrophié, dans deux enfans morts de la rougeole, et sur un jeune homme qui avait succombé le dixième jour d'une variole confluente. On voit que l'histoire du ramollissement du pancréas, comme celui de la plupart de nos organes, est encore entièrement à faire.

Induration simple. — Quelques auteurs, et entr'autres Baillie (3), considèrent cet état comme le commencement de la dégénération squirrheuse ; mais il nous semble que c'est à tort, parce que, de l'aveu même de ces anatomistes, rarement l'état squirrheux existe en même temps, et que plus rarement encore il occupe à la fois tout l'organe, tandis que l'induration s'observe dans toutes les granulations dont la réunion constitue le pancréas, comme nous l'avons vu nous-même, à l'autopsie d'un homme qui succomba à une duodénite chronique. Cette glande offrait le volume et la couleur qui lui sont naturels, mais les glandules qui la composaient étaient indurées et résonnaient à la percussion. En examinant avec plus d'attention cette pièce pathologique, nous pûmes nous assurer que le tissu cellulaire qui entourait chaque granulation était sain, c'est-à-dire, ni friable ni induré, et cette circonstance, si elle se présentait à d'autres observateurs, suffirait pour faire distinguer cette induration de l'état squirrheux qui jamais ne laisse intact le tissu cellulaire de l'organe qu'il

---

(1) *Loc. cit.*, p. 49.
(2) *Anat. medicale.* T. V, p. 359.
(3) *Loc. cit.*, p. 263.

envahit. M. Bécourt (1) a rencontré plusieurs fois cette altération. Dans un cas où tous les organes abdominaux étaient sains, le pancréas était composé de granulations jaunâtres plus petites et plus dures qu'à l'ordinaire. Plusieurs auteurs paraissent bien avoir observé quelque chose d'analogue, mais comme ils se bornent à dire que le pancréas était dur, il est impossible de spécifier l'altération dont ils veulent parler. Il faut cependant en excepter Morgagni (2), qui a très-bien su distinguer cette altération du squirrhe.

Induration cartilagineuse. —Nous possédons un assez grand nombre d'observations dans lesquelles le pancréas a été trouvé entièrement cartilagineux; mais dans toutes ou presque toutes un ou plusieurs des organes environnans avait subi la même transformation. Ainsi Sébire (3) rapporte avoir trouvé à l'autopsie d'une femme qui avait fait abus de liqueurs alcoholiques, le pylore, une partie du duodénum et le pancréas cartilagineux : ce dernier organe était tellement confondu avec les vertèbres, que pour pouvoir l'examiner on fut obligé d'enlever une portion de ces os. Nous n'indiquerons pas les autres faits analogues que nous connaissons, car s'ils intéressent sous le rapport anatomique, ils ne peuvent en rien servir à établir le diagnostic d'un semblable altération. Il n'en est pas de même des deux observations suivantes dans lesquelles le pancréas seul était dégénéré.

La première appartient à Morgagni (4). Un homme robuste était, sans cause appréciable, continuellement tourmenté par des efforts de vomissement. Mais si l'on excepte les remèdes et les alimens qui étaient continuellement re-

(1) *Loc. cit.*, p. 49.
(2) *Loc. cit.* Epist. XXX, art. 7.
(3) *Ancien Journal.* T. LX, p. 548.
(4) *Loc. cit.* Epist. XXX, art. 10.

jetés, il vomissait peu, et les matières du vomissement étaient aqueuses et un peu amères. En outre, il existait une soif intense, des défaillances fréquentes, et il semblait au malade que des chiens lui déchiraient la partie supérieure et profonde de l'abdomen. Le toucher ne faisait rien sentir de dur dans cette cavité. Ces symptômes persistèrent jusqu'au onzième jour, époque de la mort du malade. — *Autopsie.* Foie d'un volume considérable, mais sain, ainsi que l'estomac et les intestins; pancréas volumineux, présentant une surface inégale, bosselée, et d'une consistance cartilagineuse, etc.

La seconde, publiée par le docteur Lilienhain, dans le *Journal d'Hufeland*, a été traduite dans un journal français (1). Nous regrettons beaucoup que notre éloignement de Paris ne nous permette pas de recourir au journal allemand, car la traduction qu'on a donnée de ce fait est à peine française et tellement obscure, que, même après plusieurs lectures attentives, nous n'avons pu nous faire une idée bien nette des symptômes variés que la malade a éprouvés. En voici l'analyse : Une jeune fille, d'une constitution lymphatique, menant une vie sédentaire, éprouva, sans cause connue, des accidens spasmodiques très-variés et assez analogues à ceux que l'on observe dans l'hystérie. Il y eut dès le commencement constipation opiniâtre, perte de l'appétit, et rejet d'une salive blanchâtre. A ces symptômes se joignirent plus tard des efforts pour vomir, de la salivation, et le toucher fit découvrir dans l'épigastre une tumeur dure, mobile, qui, indolente d'abord, devint par la suite très-sensible. Vers la fin de la maladie, les spasmes se renouvelèrent avec plus d'intensité, la région de l'estomac se tuméfia de plus en plus, et devint extrêmement sensible au toucher; enfin la malade ne put plus rester dans la position assise. A l'autopsie, amaigrissement

(1) *Revue médicale*. 1826. T. III, p. 130.

considérable, pancréas entièrement transformé en une masse dure, cartilagineuse; conduit pancréatique en partie oblitéré; autres organes dans un état normal; cœur très-petit.

Si nous cherchons à résumer les symptômes que présentèrent les sujets des deux observations précédentes, nous remarquerons les envies fréquentes de vomir, les nausées presque continuelles, qui chez l'un ne furent point, et chez l'autre que très-rarement, suivies de vomissement, l'excrétion abondante d'une salive blanchâtre, la constipation opiniâtre, symptômes presque constans de toutes les lésions organiques du pancréas, et enfin cette douleur rongeante qu'Andry (1) dit avoir également observée sur un malade chez qui cette glande fut trouvée dure et cartilagineuse; enfin nous ferons observer qu'il serait difficile de rencontrer un fait qui appuyât mieux l'opinion de Sylvius de le Boë, sur le siège de l'hystérie, que celle du docteur Lilienbain.

Transformation en tissu graisseux.—Cette transformation du pancréas a été observée une fois par Dupuytren (2) et deux fois par Lobstein (3). M. Cruveilhier (4), qui cite l'observation de Dupuytren, a bien le soin de faire remarquer qu'il ne faut pas confondre cet état, qui est très-rare, avec l'accumulation de la graisse dans le tissu lamineux qui unit entre eux les lobes et lobules du pancréas. M. Bécourt (5) en a recueilli deux autres observations : dans la première, une partie seulement du pancréas était devenue graisseuse; dans la seconde, tout l'organe était dégénéré. Voici l'analyse de cette longue observation :

---

(1) *Enclopédie méthodique.* Partie méd. T. II, p. 348.
(2) *Bibliothèque médicale.* T. XIII, p. 20.
(3) *Anatomie pathologique.* T. I, p. 347.
(4) *Anatomie pathologique.* T. I, p. 193.
(5) *Loc cit.*, p. 50.

Jean Fischer, âgé de 45 ans, tailleur, ancien militaire, était atteint depuis huit jours d'un ictère qu'avaient précédé des symptômes gastriques, lorsqu'il entra à la Clinique le 7 novembre 1828. Il offrait alors : légère coloration en jaune de la peau et de la conjonctive; pouls lent, grande faiblesse, légère oppression à l'épigastre, appétit très-bon, urine limpide. (Potion gommeuse; sirop d'écorces d'orange). Le 9, augmentation de l'ictère, sentiment de pression à l'épigastre, sans que cette région soit douloureuse au toucher; pouls lent, démangeaisons à la peau, diarrhée qui cessa le 11. (Eau vineuse, mixture crétacée). Le 15 et le 16, plusieurs accès de lipothymie, selles blanches, augmentation des symptômes gastriques, épigastre douloureux au toucher, appétit moins bon, peau moins jaune, diminution du prurit. Cet état continue pendant plusieurs jours à des degrés plus ou moins intenses. Le malade indique un point très-circonscrit, de la largeur d'une pièce de dix sous, entre l'ombilic et le creux de l'estomac, point qui, soumis à la pression, occasionne de vives douleurs. Le 22 et jours suivans, point de cardialgie ni de lipothymie, mais douleurs névralgiques dans le bas-ventre, borborygmes, flatuosités qui augmentent tous les jours; le pouls est lent, la faiblesse très-grande. (Le 26, on donne le fiel de bœuf avec la magnésie; on le remplace le 28 par l'extrait de pissenlit, la magnésie et la rhubarbe; le 30, on prescrit le remède de Durande : le malade ne pouvant le supporter, on lui substitue le lendemain une potion calmante).

Du 4 au 20 décembre, selles très-dures, produites seulement par les lavemens. (Poudre de mercure doux et de jalap). Eructation considérable de gaz, cardialgie, spasmes de l'abdomen. Le 10, il y eut de la diarrhée et une salivation produite par le mercure doux. (Deux onces de manne, gargarisme albumineux). Le 21, douleur violente et ardeur de l'estomac, soif intense, appétit assez bon, mais

cardialgie après l'ingestion des alimens. (12 sangsues à l'épigastre, potion avec une eau de carbonate de chaux et d'eau de laurier-cerise; eau de Selters pour boisson). Le 30, cardialgie, spasmes de l'abdomen, s'étendant de l'épigastre aux parties supérieures du corps; les douleurs sont quelquefois intolérables; abdomen un peu élevé, sans être dur ni tendu, nausées, crachats sanguinolens. Jusqu'au 15 janvier, il y eut des alternatives de calme et de douleurs; cependant les forces déclinent rapidement, et le malade marche vers le marasme. Du 15 au 29, il y eut un léger amendement, violente cardialgie, douleurs vives de l'estomac, au point qu'aucun médicament ne peut être ingéré.

Le 30, chaleur brûlante à l'estomac, douleurs très-vives dans tout l'abdomen, faiblesse extrême, voix presque éteinte, insomnie. Du 1.er février au 2 mars, jour de la mort, les envies de vomir furent remplacées par des vomissemens, tantôt sanguinolens, tantôt bilieux; hémorrhagies passives; prostration complète des forces, soif inextinguible, douleurs universelles; le malade est parvenu à un tel degré d'anéantissement qu'il ne peut plus parler; remèdes, alimens, tout est refusé. (Les moyens employés furent le petit-lait, les lotions aromatiques, et l'élixir acide de Haller).

Autopsie.—Le crâne et la poitrine n'offrent rien qui soit digne d'être noté. La cavité abdominale renferme deux à trois litres de sérosité jaunâtre. Foie d'un volume ordinaire, d'une densité moindre que de coutume, d'un vert olive, présentant à ses faces supérieure et inférieure plusieurs tubercules blanchâtres que Lobstein regarda comme des encéphaloïdes au premier degré, et qui variaient depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'une noix. La vésicule biliaire formait une vaste poche plus grosse que le poing, remplie d'une bile d'un vert très-foncé. Les conduits hépatique et cystique, ainsi que le commencement du canal cholédoque, avaient éprouvé une dilatation si considérable, qu'on pouvait facilement y introduire le petit doigt; mais

la terminaison du dernier était comprimée et rétrécie au point de permettre à peine l'introduction d'une soie. Le pancréas présentait une tête endurcie, squirrheuse, et le reste de cet organe était converti en une substance graisseuse. L'estomac et le duodénum étaient sains; le jéjunum et l'iléum un peu injectés, et le cœcum offrait à sa surface interne quelques taches noirâtres de mélanose.

Nous ferons remarquer dans cette observation intéressante l'ictère produit par la compression du caual cholédoque, cette sensation d'oppression à l'épigastre, qui plus tard devint douloureux, cette douleur circonscrite à une petite étendue entre l'ombilic et le creux de l'estomac, la cardialgie qui fut presque constante, et enfin la salivation que l'auteur attribue au mercure doux, dont une seule dose fut donnée, et que nous croyons plutôt avoir été sympathique de l'état morbide du pancréas.

Mais il est uu autre point de vue sous le rapport duquel cette observation mérite de nous intéresser. Si le lecteur l'a lue avec toute l'attention nécessaire, il a dû remarquer ue ce fait aurait pu être présenté comme un cas de gastroentéralgie. Qu'il compare, en effet, la description de cette maladie donnée par les meilleurs auteurs, avec les symptômes que présenta le malade dont il vient de lire l'observation, et il se convaincra facilement de la justesse de notre réflexion. S'il en est ainsi, l'opinion que nous avons émise plus haut sur la cause du pyrosis, variété de la gastralgie, reçoit un nouvel appui du fait rapporté par M. Bécourt, et aux causes peu connues encore pour la plupart et le plus souvent difficiles à apprécier, il faudra joindre les altérations diverses du pancréas. Nous dirons à ce sujet, que, malgré les recherches toutes récentes de quelques pathologistes, au premier rang desquels il faut citer M. Barras, on est loin d'avoir reconnu l'influence de beaucoup de causes sympathiques des névroses du tube gastro-intestinal. Comme preuve, nous pouvons citer un fait que

nous avons observé dernièrement sur une jeune femme d'une constitution faible, et qui, sujette à des rechutes de bronchite chronique, éprouve, à chaque aggravation de la maladie de poitrine, tous les symptômes d'une gastralgie intense. Nous ne connaissons aucun cas où l'on ait observé une semblable dépendance sympathique.

Dégénération kysteuse. — M. Bécourt (1) dit que le musée de Strasbourg possède la pièce pathologique d'un kyste développé dans le corps et la queue du pancréas. Ce kyste a le volume d'une tête d'enfant de quatre ans ; ses parois sont fibreuses, blanchâtres, très-résistantes, de l'épaisseur d'une ligne ; la tête du pancréas paraît être restée saine. On ne connait pas les détails de la maladie.

L'observation suivante due à Stoerck (2), doit trouver place ici, bien qu'il reste quelque doute sur la véritable nature du cas pathologique qu'elle présente.

Une femme de 28 ans, jouissant d'une bonne santé, fut prise tout-à-coup et sans cause connue d'un vomissement très-violent ; les règles qui coulaient furent arrêtées, et cette suppression fut suivie de gêne dans la respiration, de froid aux extrémités et de fortes palpitations. (Saignée, anti-émétique, lavemens.) Bien qu'il existât encore des palpitations et de l'anxiété, l'état de la malade s'améliora ; mais celle-ci s'étant levée, les symptômes s'aggravèrent, et on commença à sentir à la région épigastrique des pulsations qui répondaient à celles du cœur ; la moindre nourriture augmentait la dyspnée. Divers remèdes restèrent sans succès. A l'époque suivante les règles ne reparurent pas. Dès lors les pulsations à l'épigastre devinrent plus violentes, et on put y reconnaître une tumeur rénitente. (Nouvelle saignée encore suivie d'amélioration.) Les symptômes ne tardèrent pas à reparaître avec plus de violence. La malade sentit

(1) *Loc. cit.*, p. 56.

(2) *Annus medicus*. T. II, p. 245.

alors un poids incommode dans la région épigastrique, qui ne diminuait que quand elle était couchée et qu'elle inclinait le corps en avant; le pouls était inégal, et il y avait insomnie et constipation. (Rob de sureau, petit-lait en boisson.) Ce traitement réussit, et pendant trois mois et demi la malade se trouva dans un état assez satisfaisant. Tout-à-coup ses forces diminuèrent, il survint des vomissemens bilieux et des selles de même nature, la tumeur s'accrut, et bientôt la mort survint. *Autopsie :* l'estomac, l'épiploon et les intestins étaient déplacés et comprimés; le pancréas était tellement volumineux et pesant, qu'il dépassait le poids de treize livres. En l'ouvrant, on vit que ce n'était plus qu'un sac rempli de sang en partie grumeleux, en partie coagulé et commençant à s'organiser.

Cette observation est pleine d'intérêt ; mais à quelle altération pathologique la rapporter ? y a-t-il eu dans ce cas, comme Stoerck le suppose, rupture d'une artère moyenne du pancréas? Ce cas a été observé pour la thyroïde et a été nommé par les auteurs, goitre anévrysmatique. Est-ce un foyer apoplectique, analogue, quoique plus volumineux, à ceux observés et décrits par M. Cruveilhier, dans le Dictionnaire de Médecine pratique (1), par M. Robert, dans les bulletins de la Société anatomique (2) et par Prost (3)? Doit-on rapporter cette altération à celle que l'on observe quelquefois dans le corps thyroïde qui ne forme plus alors qu'un kyste distendu par des matières sanguinolentes, et telle que l'observa une fois M. Lisfranc (4) qui, plongeant un trocart dans une tumeur de la glande thyroïde, fut surpris d'en voir sortir un jet de matière sanguinolente, et crut avoir affaire à un anévrysme? Enfin, ne

---

(1) T. III, p. 293.
(2) Année 1829.
(3) *Loc. cit.* T. I, p. 92.
(4) *Clinique chirurgicale de la Pitié*, Année 1826.

pourrait-on pas rapprocher ce fait de celui que nous rapporterons plus loin, d'après M. Duponchel, à l'article *Encéphaloïde?* Ces questions tout-à-fait sans solution aujourd'hui en recevront peut-être plus tard, alors que la science se sera enrichie de nouveaux faits.

(*La fin au prochain Numéro.*)

Observations sur les accouchemens; par P. Guillemot, *D. M. P.* — (I.er *Mémoire :* Des avortemens périodiques et des pertes utérines cachées).

Les faits que j'ai recueillis depuis deux ans sur les divers points de la science des accouchemens, ne sont pas assez nombreux pour être publiés seuls et isolés des faits analogues, qui, par leur dispersion dans nos annales, sont restés sans résultat pour les progrès de l'art. Dans des questions qui touchent de si près les intérêts de la santé, le médecin a d'ailleurs besoin de plus d'un témoignage pour accepter des préceptes proposés pour la première fois à son expérience, et l'observation d'un seul, quelque étendue qu'elle soit, ne lui présentera jamais assez de garantie pour l'étude complète d'un accident, et ne suffira pas toujours pour le guider dans les cas variés qui viendront le surprendre. Une raison encore, qui m'engage dans cette conduite, c'est que la plupart des faits que j'ai empruntés, sont puisés à des sources étrangères, et que traduits pour la première fois dans notre langue, tout en augmentant les matériaux de nos Archives, ils auront parmi nous le mérite de la nouveauté.

Chap. I.er *Avortement périodique.* — La sentence, qu'Hippocrate avait portée sur les femmes dont les trois premières grossesses s'étaient terminées par des avortemens au terme des trois mois, n'a pu tenir devant les observations de ses successeurs, lorsque la saignée, qu'il

avait proscrite, fut mise en usage, et que le médecin, revenu de ses préventions, devint plus hardi à la pratiquer. Pour seconder l'action de ce moyen, des précautions furent prises, un régime de vie fut suivi, et un traitement fut observé. Si la gestation arrivait jusqu'à son terme, la saignée eut tout l'honneur du succès. Aussi l'attention du médecin ne fut-elle dirigée que sur cette opération, sur le lieu et la manière de la pratiquer. Le reste fut le plus souvent abandonné au bon sens de la femme. Il est vrai que la saignée seule a quelquefois arrêté un avortement prêt à se terminer, qu'elle a en quelque sorte, enrayé un travail prématuré, et qu'elle a prolongé la grossesse jusqu'à la fin des neuf mois. Les observations rassemblées par Schurig (1) nous montrent cette vérité dans toute son évidence. Mais il est beaucoup de cas, où l'on pourrait avec raison contester à la saignée tous les avantages qu'on lui a reconnus, pour les attribuer à l'usage des autres moyens prescrits. Peut-être, si les auteurs avaient été des histo riens plus exacts de tout ce qu'ont fait les femmes pendant leurs grossesses, trouverions-nous dans les observations des motifs légitimes pour circonscrire les indications de cette opération dans des limites plus étroites. D'ailleurs elle n'est pas toujours praticable. Une femme peu réglée, et épuisée par les longues pertes des avortemens. qu'elle a supportés successivement, ne peut pas en attendre de bienfait, lors que dans des conditions meilleures, ce moyen tenté plusieurs fois ne lui a pas réussi. Dans une pareille occurrence, il faut rechercher avec soin, et sans prévention, quelles sont les incommodités de la grossesse les plus constantes, quelles sont celles qui se font le plus ressentir aux époques des avortemens précédens. C'est par l'examen du nouvel état que la grossesse apporte, c'est par l'étude des indispositions qu'elle aggrave, qu'il sera possible d'arriver à la connais-

(1) *Schurigius, embryologia. Dresdæ et Lipsiæ*, ann. 1732, p. 383.

sance de la cause des fausses couches, et des moyens propres à les prévenir : rien n'est à négliger dans ces recherches. Les données en apparence les moins importantes nous conduisent le plus souvent à la découverte de la vérité, comme aussi les remèdes les plus simples sont presque toujours ceux qui comptent le plus de succès. Je ne m'occuperai ici que de la cause qui m'a paru communément provoquer la fausse couche.

1°. L'incommodité la plus fréquente que la grossesse entraîne à sa suite, est sans contredit la constipation. Les difficultés que la femme éprouve dans l'excrétion des matières accumulées et endurcies, les efforts auxquels elle se livre pour accomplir cette fonction, et les épreintes qui viennent compliquer cet état, sont autant de circonstances propres à troubler la grossesse et à déterminer l'expulsion de l'œuf ou du fœtus. L'irritation provoquée dans la gestation sur la partie inférieure du gros intestin, ne se borne pas à suspendre l'excrétion des matières et à donner lieu à l'engorgement des vaisseaux hémorroïdaux; elle s'étend aux organes voisins, principalement à la matrice, dont elle change les fonctions, en excitant prématurément la contraction; elle se propage encore jusqu'au produit de la conception, et compromet l'existence et le développement de l'embryon ou du fœtus. Hippocrate nous a appris combien les diarrhées sont funestes à la grossesse. Cependant elles le sont moins que la constipation, car on s'empresse de les réprimer dès leur apparition, au lieu que la constipation subsiste depuis long-temps lorsque la femme vient à s'en plaindre, et que l'avortement a lieu le plus souvent avant que la cause en soit reconnue. Cet état avortif a été signalé de tout temps, et parmi les moyens dont on a constaté l'utilité, les lavemens simples occupent le premier rang. Ils servent non seulement à favoriser les gardes-robes, mais encore à prévenir les épreintes, qui, d'après Levret, sont les causes uniques de nombre de fausses de couches, et à calmer

les irritations que la grossesse développe sur les organes contenus dans le bassin. Ce moyen nous paraît préférable et entouré de moins de chances fâcheuses, que l'application des sangsues, soit à l'anus, soit à la vulve (1). Un

(1) On trouve dans les *Annales cliniques de Montpellier*, t. XXVI, p. 147, deux exemples remarquables d'avortement prévenu par l'application de sangsues à la vulve. Quoique les détails manquent, il sera facile de suppléer à ce que l'auteur a négligé de relater.

Obs. I.re — Je fus, dit M. Duffour, réuni à M. Dubruel de Praissat, médecin à Moneng, à l'instigation de M. Ducros, chirurgien, pour être consulté sur l'état de grossesse de madame Boier, d'après les avortemens qu'elle avait éprouvés précédemment et constamment. Sa santé était florissante, sa complexion bonne, sa stature propre à servir de modèle. Cette dame avait éprouvé cinq avortemens successifs depuis son mariage, à différentes époques de la gestation, sans avoir goûté le charme de la maternité, malgré les précautions indiquées par la prévoyance, notamment pendant les deux dernières grossesses. Petites saignées du bras, éloignées, quoique rien ne présentât les indices d'indispositions corporelles, sans qu'on eût prévenu l'avortement au sixième mois. Je ne me rappelle pas si l'enfant était né vivant ou mort au moment de l'accouchement prématuré, et j'étais sans notion de ce qui avait pu le déterminer cette cinquième fois, pas plus que dans les précédentes.

A l'époque de la réunion avec mon collègue, M.me Boier était au troisième mois de sa sixième grossesse, nous bornâmes le résultat de notre consultation à tirer chaque mois une palette de sang de l'un des bras, en raison de la forte complexion, et de la structure prononcée de cette dame, à lui prescrire de garder le lit habituellement ou la chaise longue; à observer le repos le plus exact, à éloigner la turbuleuce des passions, à s'abstenir des alimens très-nourrissans... Nos avis furent exactement suivis, mais l'accouchement n'en fut pas moins prématuré. Il eut lieu au sixième mois révolu.

L'annonce de cet événement me livra à des réflexions affligeantes, et j'en étais occupé, lorsque j'eus occasion de lire les Mémoires de M. Lagrésie, qui recommande l'application des sangsues à la vulve dans le cas où l'on doit craindre l'avortement. Je fis part à M. Ducros et à M. Boier de cette méthode et de la confiance que j'y aurais dans le cas d'une récidive de la grossesse.... Celle-ci ne

précepte que le médecin ne doit jamais oublier, c'est d'appeler l'attention de la femme sur l'état des excrétions stercorales et de ne pas attendre ses plaintes, pour y porter remède; car il faut que la constipation, qui d'ailleurs lui est habituelle, lorsqu'elle vit dans les villes et au sein de la société, soit bien opiniâtre, pour en faire l'aveu. Si l'usage des lavemens ne suffit pas toujours à prévenir le retour des avortemens périodiques, il nous prépare à une autre médication, et met la femme dans les conditions favorables d'en retirer tous les avantages.

2°. L'école de Burns fit, en Angleterre, la réputation de l'opium à titre de médicament contre les avortemens

---

tarda pas à être annoncée, et la dame se soumit, après le troisième mois, à appliquer à la vulve six à huit sangsues. Cette application fut faite chaque mois jusqu'à l'accouchement, qui, arrivé heureusement à son terme, donna à ces époux un garçon que j'ai vacciné peu de mois après sa naissance. Ils ont été consolés de leurs malheurs. .'

M.me Boier, redevenue enceinte pour la huitième fois, négligea cette méthode, malgré ma recommandation, et elle avorta à sept mois.

Obs. II.e — M.me Filiol, d'une complexion délicate et frêle, avait éprouvé trois fausses-couches consécutives vers le quatrième et cinquième mois de la grossesse. M. Courthiade, chirurgien, me fit part du motif du chagrin qui semblait se préparer pour ces jeunes époux, au terme du troisième mois d'une quatrième grossesse. Je l'instruisis de l'avantage de l'application des sangsues à la vulve. Il proposa cette même méthode; elle fut acceptée avec d'autant plus de facilité, que toutes les précautions avaient été inutiles:... L'accouchement eut lieu au terme de la grossesse.... Redevenue enceinte, elle négligea la seule méthode des sangsues qui lui avait ménagé un accouchement heureux, et l'avortement eut lieu après le cinquième mois. Cet événement l'a rendue plus précautionnée à une sixième grossesse. Elle n'a pas manqué de se soumettre à cette méthode après le troisième mois, n'ayant pour règle qu'un certain sentiment de lassitude, d'embarras à la tête, pour recourir aux sangsues, et elle est parvenue à conserver un second enfant, né à terme et sans accident fâcheux.

imminens. Ce remède dut alors n'être accepté qu'avec défiance, car les idées qu'on s'était formées sur ses propriétés n'avaient point préparé le médecin à son administration contre cet accident. C'est peut-être sous l'influence de cette opinion première, que Burns a cru devoir faire précéder de la saignée l'emploi de ce moyen. Cependant long-temps avant la publication du Mémoire du professeur Anglais, l'opium avait été conseillé et éprouvé contre l'avortement. Mais le plus souvent il fut associé à tant d'autres médicamens, qu'il ne fut pas possible de reconnaître auquel de ces remèdes on devait attribuer le succès. En France, les auteurs classiques en ont entièrement négligé l'emploi, et si, dans leurs écrits, ils l'ont mentionné, c'est en termes si vagues et si généraux, qu'on s'aperçoit qu'ils n'en ont jamais fait usage (1). Ce ne fut pas sans beaucoup d'incertitude et de réserve que j'essayai pour la première fois cette médication; si, après les faits accomplis, il me fût resté quelques doutes, j'aurais trouvé plus tard des élémens de conviction dans les observations que M. Dubois vient de publier (2). Cette médication, considérée sous le rapport des avortemens périodiques, doit être modifiée et appliquée, suivant les époques où le travail peut se déclarer. En attendant les douleurs et les symptômes de l'avortement, on s'exposerait quelquefois à ne pouvoir l'employer en temps opportun. Il est une remarque qui ne doit pas être négligée, c'est que le travail précurseur de la fausse couche commence long-temps avant que la femme en ait conscience, et qu'il a peut-être déjà nui au développement et à la vie du fœtus, lorsqu'il nous est révélé. Ainsi tout nous porte donc à prévenir l'avortement plutôt qu'à le combattre. Cette indication sera remplie, si l'on ajoute de temps en temps et

---

(1) Nous devons en excepter Delpech. *Précis élémentaire des maladies réputées chirurgicales*, tome II, page 324, année 1816.

(2) *Journal de médecine et de chirurgie-prat.*, février 1836, p. 76.

suivant les époques des avortemens précédens, des gouttes de laudanum aux lavemens dont la femme fera usage. Il suffirait d'élever la dose de ce médicament, dans le cas où la fausse couche deviendrait imminente. J'arrive maintenant aux faits, qui ont donné lieu à ces réflexions.

Obs. Ire Mme G..., d'une constitution délicate, d'un tempérament nervoso-sanguin, âgée de 39 ans, avait toujours joui d'une bonne santé. Les règles furent d'abord abondantes, plus tard elles diminuèrent, et ne durèrent que quatre jours, au lieu de huit comme auparavant. Leur apparition est précédée d'accès nerveux et du développement d'une grande quantité de gaz dans les intestins, état qui s'est successivement aggravé et qui constitue aujourd'hui une maladie contre laquelle il est nécessaire d'opposer un traitement. Elle s'est mariée à l'âge de 34 ans, année 1830. Elle devint enceinte huit jours après, et dès cet instant, elle ressentit toutes les incommodités d'une grossesse. Vers la fin du deuxième mois, elle eut une frayeur, et la nuit suivante le sang coula à travers les parties naturelles, pour cesser presque de suite. Neuf jours après, l'avortement eut lieu. Au deuxième jour de la couche, à la suite d'une imprudence, la dame fut prise d'une perte qui ne cessa qu'après deux mois de repos et de soins. Cette première grossesse fut abandonnée à elle-même.

Vers la fin de septembre, même année, elle redevint enceinte; cette grossesse suivit la même marche que la précédente; elle se prolongea jusqu'au 5e mois. Une saignée fut pratiquée à quatre mois et demi, et quinze jours après, l'avortement s'opéra, sans être presque accompagné de douleurs. Le fœtus, que la mère avait cru la veille sentir remuer, parut à l'accoucheur être mort depuis trois jours. Cet accident fut attribué à des courses faites deux jours précédemment. Le temps des couches se passa bien.

La 3e grossesse commença en novembre 1831, elle se continua jusqu'au 1er avril 1832. Une saignée fut pratiquée

à quatre mois et demi. Une violente céphalalgie obligea la dame de se faire appliquer des sangsues autour des oreilles. L'avortement, après un travail très-régulier, eut lieu le 1er avril, à 9 heures du matin. L'enfant, du sexe masculin, était vivant et mourut peu de temps après. La dame fut long-temps à se rétablir de la faiblesse, résultat de cette grossesse.

Madame G.... devint enceinte pour la 4e fois, fin de juin 1834. Ce fut au mois d'août suivant qu'elle fut confiée à mes soins. Dans l'exposé qu'elle me fit, j'eus encore à noter l'état de constipation où elle se trouvait habituellement, et qui s'aggravait dans les grossesses. Elle n'avait eu recours aux lavemens qu'à de longs intervalles, dans la crainte, me dit-elle, de provoquer la fausse couche. Le pouls était petit et peu fréquent. Je pensais d'après les différens temps de chaque avortement, qu'au moyen de précautions et de soins, cette gestation arriverait au terme des neuf mois. L'événement ne justifia pas ces prévisions, car il me fallut sortir du cercle des moyens ordinaires, pour prolonger la grossesse. Cette dame était heureuse dans sa famille, le seul chagrin qu'elle éprouvait était de ne pas avoir d'enfant, et d'arriver à un âge où l'on conserve rarement l'espérance d'en avoir. Aussi fut-elle très-exacte à suivre mes conseils, à se soumettre à un régime adoucissant, à l'usage tous les deux jours de lavemens composés d'une décoction de racine de guimauve et quelquefois de pavot, à garder le repos ou à ne se livrer qu'à un exercice modéré, etc. Tout se passa bien jusqu'au 30 décembre. A cette époque, elle fut prise dans le bas-ventre de douleurs qui, d'abord rares et sourdes, devinrent pendant la nuit plus fréquentes et plus vives, et se portèrent vers le siége et les parties naturelles. Le lendemain matin, je pus m'assurer que j'avais affaire à un travail d'enfantement qui tendait à s'accomplir. Mon premier soin fut de faire administrer un lavement d'une décoction de racine de gui-

mauve et d'une tête de pavot, avec addition de huit gouttes de laudanum de Syd., de faire prendre une potion contenant du sirop diacode et quelques gouttes d'éther sulfurique. Une demi-heure après, le travail avait cessé. Je fis continuer les mêmes moyens pendant la journée. Les lavemens composés furent pris encore pendant quelques jours, pour en revenir aux lavemens simples jusqu'à la fin de la grossesse. La malade garda le lit pendant quatorze jours; plus tard, elle put vaquer à ses occupations ordinaires, mais sans sortir de son appartement. Elle accoucha le 18 mars 1835, à neuf heures du matin, d'une fille, qui aujourd'hui fait toute sa joie. L'histoire de cet accouchement appartient à une autre partie de ce mémoire. Les couches furent heureuses.

Obs. IIe. Je fus consulté dans le courant du mois de septembre 1834, par une dame âgée de 37 ans, mère d'un enfant de 8 à 10 ans, qu'elle n'avait pas pu porter jusqu'à la fin de sa grossesse. Depuis ce premier accouchement, elle avait eu cinq avortemens à diverses époques de la gestation. Elle n'avait jamais dépassé le cinquième mois de la grossesse, depuis qu'elle habitait Paris. Dans la persuasion où elle était que ses avortemens pourraient dépendre d'un vice de conformation du bassin, elle vint, sur l'indication de ma thèse inaugurale, me demander conseil. Après examen fait, le bassin me parut offrir toutes les conditions voulues, soit pour le développement de la grossesse, soit pour l'accouchement. En cherchant ailleurs la cause des nombreux avortemens qu'elle avait eus, je crus la découvrir dans la prédominance du système nerveux, qu'elle avait très-développé. Depuis plus d'un mois les règles avaient manqué. L'abaissement de la matrice vers les parties naturelles me fit présumer qu'elle était enceinte; car rien ne m'autorisait à considérer cette disposition de l'organe comme une maladie. Pour s'opposer à la fausse couche, je lui conseillai le repos, l'usage des lavemens adoucissans et quelque-

fois avec addition de laudanum, une nourriture de facile digestion, et l'emploi des préparations opiacées, s'il survenait des douleurs vers le bas-ventre et les reins. Elle accepta avec d'autant plus d'empressement ces conseils, que le laudanum était un médicament dont elle s'était bien trouvée dans une maladie du foie, et qu'il était le seul remède dont elle n'avait pas fait usage pendant ses grossesses. Plus tard, je fus prié d'aller la voir. Le traitement avait été suivi. Le laudanum avait été continué, non pas en lavement, parce qu'il augmentait la constipation, mais bien en frictions sur la partie interne et supérieure des cuisses, modification qu'elle avait elle-même apportée. Déjà elle avait passé le terme fatal des cinq mois, et la grossesse ne présentait rien d'extraordinaire dans son développement. Depuis je n'avais pas eu occasion de la revoir, et j'ignorais le résultat de la conduite adoptée, lorsque je reçus, fin de mars 1835, une lettre de faire part qui m'apprenait que la dame était heureusement accouchée d'un garçon. Plus tard elle-même vint me confirmer cette nouvelle, en m'assurant que c'était au traitement que je lui avais prescrit et qu'elle avait suivi exactement, qu'elle devait d'être une seconde fois mère.

Dans la 1re observation, l'action des préparations opiacées a été très-prompte, et sans cette médication, il est de toute évidence que l'avortement se fût opéré. Dans la 2e, si les choses se sont passées différemment, c'est que le laudanum a été administré comme remède préservatif durant le temps de la grossesse et à des intervalles plus ou moins rapprochés, et qu'ainsi employé, il a dû s'opposer au développement des douleurs utérines. Ce mode d'administration du laudanum à doses fractionnées me paraît préférable, lorsqu'on ne doit pas surveiller la gestation. Dans l'observation suivante, on eut à lutter pendant quelque temps contre la persévérance des contractions utérines, et

le succès obtenu démontre assez la sûreté du moyen, et le triomphe de l'art (1).

Obs. III[e] M[me] C., âgée de 25 ans, d'une constitution délicate, d'un tempérament éminemment nerveux, régulièrement menstruée, et sujette à des accès hystériques, est accouchée successivement de deux enfans au terme de huit mois, sans cause appréciable pour expliquer ces naissances prématurées. Ces enfans étaient vivans et ont continué de vivre. Elle redevint enceinte au mois de juillet 1834. Cette grossesse suivit sa marche ordinaire, et ne fut troublée par aucun accident. Madame C., vers la fin de novembre, cessa de sentir les mouvemens de l'enfant. Elle accoucha dans le courant de décembre, à cinq mois révolu, d'un enfant mort depuis trois semaines environ. Devenue enceinte pour la 4[e] fois, au mois de septembre 1835, elle eut une grossesse assez pénible: des douleurs de reins, un sentiment de pesanteur vers le bassin, et de légères douleurs abdominales, la forcèrent de garder le repos sur une chaise longue. Dans le mois de février dernier, à la suite de mouvemens tumultueux de l'enfant, il se manifesta vers le milieu de la nuit des douleurs abdominales et lombaires plus vives que celles qu'elle avait éprouvées jusqu'à ce jour. M. P. Dubois fut prévenu à cinq heures du matin, et à son arrivée, les douleurs se succédaient à de courts intervalles et avec tous les caractères des contractions utérines. Elles étaient accompagnées, comme dans les accouchemens précédens, de mouvemens hystériques. D'ailleurs, le ventre était dur pendant les douleurs, et se ramollissait pendant leur intermittence. L'orifice utérin n'offrait aucune apparence de dilatation, la face était rouge et le pouls developpé. Une petite saignée de deux palettes fut pratiquée, mais elle ne procura aucun soulagement. Une heure après, quinze

(1) M. P. Dubois a bien voulu me communiquer cette observation, et me permettre de la publier.

gouttes de laudanum contenues dans deux onces d'eau tiède furent administrées en lavemens; la même dose fut répétée deux fois à un quart-d'heure d'intervalle, avec la même quantité de véhicule; une heure après l'emploi de ce moyen, les douleurs et les mouvemens convulsifs qui les accompagnaient diminuèrent. Madame C.... se plaignit de pesanteur à la tête et d'un léger assoupissement. Bientôt elle eut un véritable sommeil qui fut interrompu à neuf heures du soir, par les douleurs qui se reveillèrent, mais avec moins d'intensité et de fréquence que dans la matinée. La même quantité de laudanum fut administrée de la même manière, et avec les mêmes précautions. Madame C. passa une nuit fort calme. Deux jours après, les mêmes douleurs reparurent, mais toujours plus faibles et plus rares. Vingt gouttes de laudanum furent prises en lavement; les accidens disparurent pour ne plus revenir. La grossesse parcourut ses périodes jusqu'aux derniers jours de mai 1836, époque où madame C. accoucha d'un enfant délicat, mais plein de vie. Le temps des couches se passa heureusement.

L'administration de l'opium donné à doses élevées, soit en lavement, soit en potion ou bien en pilules, n'est pas toujours chose indifférente. Quoique les faits où elle a été tentée soient peu nombreux, il est néanmoins permis d'entrevoir les prévisions de l'expérience, et d'indiquer les cas où l'usage de ce médicament sera fait avec l'espérance du succès, et sans crainte de résultat fâcheux. Ces cas existent, lorsque l'enfant est vivant, et que son séjour dans la matrice n'entraîne aucun danger pour la vie de la mère. Dans le cours des quatre premiers mois, les connaissances que nous pouvons acquérir sur l'état du fœtus sont bien incertaines pour fixer les indications. La bonne santé de la malade et l'absence de tout accident doivent alors autoriser cette médication. La perte qui précède et qui accompagne le travail de l'avortement, ne devient point une contr'indication, surtout lorsqu'elle apparaît

pour la première fois, car elle doit dépendre d'une cause qui ne tendra pas à se reproduire plus tard. Il n'en sera plus de même à une époque avancée de la grossesse. A l'apparition de cet accident, l'implantation du placenta sur le col utérin doit être soupçonnée, et si ces doutes se confirmaient, il faudrait abandonner le travail à lui-même. Le péril qui menace la femme dans les progrès de la grossesse ne nous prescrit pas d'autre règle. Chez la femme dont le bassin est vicié à ce degré où l'opération césarienne est nécessaire pour la délivrance, il faudrait également s'abstenir de cette médication, si un travail prématuré se déclarait au terme de sept mois; car l'accouchement est alors un bienfait et pour la mère et pour l'enfant. A mesure que la grossesse se développe, nous pouvons nous assurer avec exactitude de l'état du fœtus, et nous éclairer sur nos déterminations.

A l'époque où j'observais les deux faits que j'ai exposés plus haut, je reçus la première livraison du 14.e volume du *Journal de Siebold* (1), et j'y rencontrai un mémoire du docteur Streit, sur le sujet qui nous occupe (*Ueber ein bewahrtes und zugleich schoen einfaches Heilverfahren bei den sogenannten habituel gewordenen Fruchgeburte*). La méthode que ce médecin propose, et dont une expérience de dix-huit ans lui a démontré constamment l'efficacité, consiste dans l'emploi des lavemens simples avec addition d'une ou deux cuillerées d'huile de lin ou d'olive, pris régulièrement tous les deux jours, deux semaines avant l'époque où l'avortement a eu lieu la dernière fois, et pendant les deux autres semaines qui suivent. Si l'avortement s'est fait dans la dixième semaine, la femme se soumettra tous les deux jours à l'usage des lavemens, à partir de la huitième semaine, et les continuera jusqu'à la douzième semaine. Il en sera de même de même dans les

(1) *Journal für Geburtshülfe*, 1834. Seite 92.

accouchemens prématurés. Si les avortemens arrivaient constamment aux mêmes époques, on pourrait compter sur cette médication, mais il n'en est pas toujours ainsi. Dans le fait de M. Dubois, les premiers accouchemens ont eu lieu à huit mois; l'avortement s'est fait à cinq mois, et dans la dernière grossesse il est devenu imminent seulement au sixième mois. Dans l'observation que j'ai rapportée, l'avortement a eu lieu la première fois à deux mois, la deuxième fois à cinq mois, et la troisième fois à six mois et demi. Si on ne modifiait pas la méthode du docteur Streit, on s'exposerait souvent à être en défaut. Les faits que ce médecin rapporte nous montrent toute l'efficacité des lavemens comme remèdes préservatifs de l'avortement, et doivent nous rendre bien circonspects à prononcer sur la valeur d'un traitement, lorsque les lavemens ont été employés en même temps.

Obs. I.re—M.me D...., âgée de 28 ans, grande, maigre, d'un tempérament sanguin colérique, douée en apparence de peu de forces, mais jouissant d'une bonne santé, était mère d'une fille de huit ans et vivait très-heureuse. Depuis l'accouchement de sa fille, elle avait eu sept accouchemens prématurés; toujours au terme de 27 à 28 semaines de la grossesse. Le médecin qui lui avait donné des soins mourut au printemps de l'année 1814, du typhus qui régnait alors. Le 16 décembre de la même année, elle vint me consulter et m'apprit que sous peu de jours elle aurait atteint la moitié de sa grossesse. Elle me demanda des conseils pour prévenir la destinée qui l'avait si malheureusement poursuivie dans les grossesses précédentes. En examinant les ordonnances, qui lui avaient été prescrites, je pus me convaincre qu'elle avait été traitée avec toute la prudence et toute l'habileté possibles. Elle était douée d'une sensibilité extrême, et souffrait des douleurs d'estomac. Elle était très-disposée à la constipation. On ne pouvait lui découvrir aucune maladie. Le système sanguin était si faci-

lement mis en action, qu'en parlant sa figure s'animait et rougissait, quoique le pouls fût faible et petit. Je lui recommandai de prendre une dose de poudre digestive, rafraîchissante, avec l'ipécacuanha, et de prévenir la constipation au moyen de lavemens pris de temps en temps. Après l'expiration des vingt-quatre semaines, elle commença à s'inquiéter, et chaque semaine devait encore ajouter à ses craintes. Aussi vint-elle m'exposer que les lavemens qu'elle prenait elle-même lui déterminaient, dans le bas-ventre, une sensation désagréable qui ne disparaissait que plusieurs heures après avoir été à la garde-robe. Ces lavemens étaient composés d'une infusion légère et récente de camomille avec addition d'huile d'olives. Je pensai qu'il fallait éviter tout ce qui pouvait l'affecter. La langue était bonne, mais les garde-robes étaient difficiles. Je lui ordonnai de ne plus prendre elle-même les lavemens, et d'avoir recours à une sage-femme pour cette opération. Les lavemens furent composés d'eau simple et de deux cuillerées d'huile d'olive et de lin, et furent pris tous les deux jours. Elle suivit exactement mes conseils; elle ne se plaignit plus de la sensation désagréable et pénible qu'elle éprouvait auparavant dans le bas-ventre après l'emploi des lavemens. Comme les premiers jours de la deuxième semaine s'étaient heureusement passés, elle devint moins inquiète sur le sort de sa grossesse, et à la fin de cette même semaine ses craintes avaient tout-à-fait cessé. Il me fallut la maintenir dans les mêmes dispositions, et lui faire continuer les lavemens jusqu'à la fin de la vingt-neuvième semaine. Le 31 avril 1815, elle accoucha d'un garçon qui aujourd'hui fait l'espoir de ces braves gens, et deviendra plus tard le soutien de leurs vieux jours.

Obs. II.e — M.me G..., d'une stature moyenne, d'un tempérament sanguin, yeux bleus, peau brune, qui se colorait à la face d'un vif incarnat à la moindre agitation du corps ou de l'esprit, était douée, malgré la délicatesse

de sa constitution, de beaucoup d'énergie de caractère. Elle s'était toujours bien portée; elle avait été seulement tourmentée de violens maux de dents durant ses nombreuses grossesses. Elle était aussi souvent disposée à la constipation, principalement lorsqu'elle était enceinte. J'eus occasion de mieux connaître l'état de sa santé, le 29 septembre 1816, époque où elle réclama mes soins pour un accouchement prématuré qu'elle eut dans la vingt-sixième semaine de la gestation. Ce ne fut pas sans étonnement que j'appris que depuis l'accouchement de son premier enfant qui était venu à terme, mais mort, elle avait eu successivement six accouchemens prématurés, tous arrivés au septième mois de la grossesse. Je relevai son courage, en lui rapportant l'observation de la dame D... et d'autres faits semblables. Plus tard, elle accoucha successivement de trois enfans, non-seulement arrivés, comme le premier, au terme de la grossesse, mais encore pleins de vie. M.me G... est convaincue que c'est uniquement à l'emploi régulier et fait en temps opportun des lavemens émolliens, qu'elle doit le bonheur d'être mère.

Obs. III.e — M.me G..., d'une très-petite stature, mais bien constituée, yeux clairs, peau brune, marquée de la petite-vérole, avait le système sanguin tellement excitable, que le sang, comme on a l'habitude de le dire, lui montait souvent au visage. Elle se maria, dans l'été de 1816, à l'âge de 24 ans. Elle accoucha deux fois, quatre semaines avant terme, la première fois le 1.er septembre 1817, et la deuxième fois le 4 janvier 1819. Ces deux enfans, malgré les soins qu'on leur prodigua, succombèrent à la suite du pemphigus. Elle redevint enceinte dans l'été de 1820, et prévoyant un accouchement prématuré, elle vint me consulter. Elle jouissait d'une bonne santé, mais elle était très-disposée à la constipation. Pour combattre cette incommodité, je lui recommandai l'usage régulier des lavemens émolliens lorsqu'elle serait arrivée à sa trente-sixième se-

maine. Elle s'y soumit, et parvint au terme des neuf mois, sans avoir éprouvé les souffrances qu'elle avait endurées dans ses deux premières grossesses. Elle accoucha d'une forte fille. Aussi dans sa quatrième grossesse usa-t-elle du même moyen quelques semaines avant son terme. Cependant elle négligea cette précaution dans les cinquième et sixième grossesses, ce qui n'empêcha point les enfans d'arriver au monde, vivans.

CHAP. II.e — Avant d'exposer les observations que j'ai recueillies sur les avortemens, et de relater les accidens qui les suivent, lorsque l'expulsion du produit de la conception n'est pas complète, je dois placer ici l'observation d'une perte utérine cachée, ainsi que les réflexions qui naissent de son rapprochement, avec les faits qui ont été publiés jusqu'à ce jour.

OBSERVATION. —M.me D..., âgée de 33 ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, était accouchée, dans l'espace de onze ans, de cinq enfans. Des pertes s'étaient montrées immédiatement après la délivrance, dans le troisième et cinquième accouchement, mais sans résultat fâcheux. A la quatrième et cinquième grossesse, elle commença à souffrir de tumeurs variqueuses, qui s'étaient développées aux jambes et aux cuisses. Vers la fin de ces grossesses, la marche devint gênée et pénible. Pour remédier à cet état, j'eus recours aux saignées, et je conseillai le repos. Mme D... devint enceinte pour la sixième fois au mois de mai 1835. Les varices prirent plus de développement, et s'accompagnèrent d'un empâtement œdémateux. Dès le sixième mois, la marche était devenue fatigante et douloureuse. Ce fut seulement à cette époque qu'elle commença à sentir les mouvemens de l'enfant. Le 24 novembre, je lui pratiquai une saignée, et lui recommandai le repos. Ce conseil ne fut pas mieux suivi cette fois qu'il ne l'avait été dans les grossesses précédentes; cependant le résultat de cette négligence ne devait pas être le même. Le

13 décembre, je fus mandé. La malade m'apprit qu'elle ressentait depuis trois ou quatre jours des lassitudes dans les membres, des nausées, et une violente douleur au creux de l'estomac. Le pouls n'était pas assez développé pour renouveler la saignée. Je me contentai de faire appliquer vingt sangsues sur le lieu même de la douleur, de lui prescrire des boissons adoucissantes, et de lui recommander le repos dans le lit. A peine les sangsues furent-elles posées, que la malade fut prise de défaillances, de syncopes et de vomissemens. Ces accidens se renouvellèrent souvent dans la journée. On se borna, pour les combattre, à l'emploi du vinaigre, de l'eau de Cologne, etc. Je vis la malade à dix heures du soir. Sa figure était pâle et décolorée, sa voix presque éteinte; le pouls était petit et disparaissait sous le doigt; les défaillances revenaient toutes les cinq minutes. Le sang qu'elle avait perdu par les piqûres des sangsues ne pouvait m'expliquer cet état; car les symptômes alarmans s'étaient montrés au moment même où les sangsues furent appliquées. D'ailleurs, ils étaient trop graves pour être les effets d'une saignée locale. Une hémorrhagie devait donc être la cause de tous ces désordres. Mais quelle était la cavité qui en était le siège? La poitrine fut explorée; rien de ce côté n'annonçait un épanchement. Après examen fait du bas-ventre, et sans résultat, je cherchai à constater par l'auscultation les battemens du cœur de l'enfant et le soufle placentaire. Je me confirmai, par le silence que je remarquai dans cette région, que l'enfant était mort. Rien ne s'échappait des parties naturelles. La femme n'avait fait ni chute ni effort; elle n'avait été soumise à aucune violence qui pût nous conduire à la connaissance de la cause et du lieu de l'accident. Elle n'avait point ressenti de douleur du côté de la matrice. Il n'était survenu aucun changement dans la forme et dans le volume de cet organe. Des boissons froides et glacées furent ordonnées; la potion anti-vomitive fut prise. La malade fut découverte; je fis maintenir

les fenêtres de la chambre ouvertes, pour la soumettre à l'action du froid rigoureux qui régnait alors. Les défaillances diminuèrent pendant la nuit; les vomissemens cessèrent. A cinq heures du matin, le sang commença à couler à travers la vulve, en partie pur, en partie par caillots. A ma visite, qui eut lieu à six heures du matin, je pratiquai le toucher, et après avoir exploré la cavité pelvienne, je pus m'assurer que le sang arrivait de la matrice ; le col utérin était aminci et dilaté de la largeur d'une lentille, mais il était fermé par un corps mou, que je pouvais prendre tout aussi bien pour un caillot de sang que pour une portion du délivre. Dans la crainte d'aggraver la perte, je m'abstins d'aller plus loin. On rencontrait, à travers la paroi antérieure latérale droite du col, une tumeur volumineuse et molle. Etait-ce le placenta ou bien une partie du fœtus ? L'éclaircissement de ce doute, s'il eût été possible de l'obtenir sans danger, ne m'aurait pas conduit à un traitement autre que celui qui m'était déjà indiqué. J'eus recours de nouveau à l'auscultation. Les battemens du cœur de l'enfant, que je crus entendre alors, étaient si faibles et si obscurs, que je ne pensai pas devoir revenir de mon opinion première. Placée dans un courant d'air froid, la femme fut de plus soumise aux applications de compresses imbibées d'eau glacée. Les boissons furent toujours données froides et acidulées. L'écoulement diminua et cessa vers les trois heures. Ce qui s'échappait alors des parties n'était que des caillots formés depuis quelque temps, soit dans le vagin, soit dans la matrice Je n'avais point dissimulé au mari tous les dangers qui menaçaient la vie de sa femme. Ce fut alors qu'il me proposa une consultation ; je l'acceptai avec d'autant plus d'empressement que j'avais à m'applaudir de son choix. M. Mansel, médecin dans ce quartier, fut prié de voir avec moi la malade. Notre réunion eut lieu le lendemain à neuf heures du matin. La nuit se passa sans accident. A cinq heures, des

douleurs des reins se firent sentir et se renouvelèrent à de longs intervalles. L'écoulement reparut un peu à neuf heures. Ce qui avait été fait fut continué. Je priai M. Mansel, dans le cas où le travail se régulariserait et menacerait de se terminer promptement, de prêter assistance à la malade, pour éviter les longueurs que l'éloignement de mon domicile pourrait entraîner avant mon arrivée. Dans la journée, les douleurs devinrent plus fréquentes et plus prononcées. A quatre heures le col était largement dilaté. La femme m'apprit qu'elle avait perdu des eaux, et en la touchant je retirai mon doigt tout imbibé d'un liquide incolore, nauséabond, que je pris pour l'eau amniotique, altérée par la décomposition du fœtus. Cependant la poche des eaux s'avançait dans l'excavation, sous la forme d'une tumeur volumineuse, tendue, résistante. A six heures et demie elle se déchira, et laissa s'écouler l'eau de l'amnios, qui avait conservé toutes ses qualités, sans avoir contracté cette odeur nauséabonde que j'avais reconnue au liquide qui s'était primitivement montré. La tête, qui s'avançait, passa rapidement dans l'excavation, et à l'aide de deux fortes douleurs elle arriva au-dehors. L'enfant, du sexe féminin, était mort depuis à-peu-près trois jours. Après avoir coupé le cordon, je m'empressai de surveiller ou d'opérer sa délivrance. Le placenta était engagé dans l'orifice utérin, et le volume qu'il avait me sembla la cause de retard à son expulsion. J'en fis l'extraction avec tous les ménagemens possibles : cette sortie fut suivie de l'écoulement d'une grande quantité de caillots. La matrice continua de se contracter, et je ne cessai de la surveiller que lorsque je n'eus plus à craindre la perte. Je devais trouver sur le placenta la cause de tous les accidens que la femme avait éprouvés dans les trois derniers jours de sa grossesse. Aussi devint-il l'objet d'un examen particulier, et pour donner plus d'authenticité à mon observation, je fis prier M. Mansel de m'assister. Le placenta présentait

sur toute sa surface utérine une plaque à surface rougeâtre, mamelonnée par les caillots de sang qui la formaient. En soulevant cette couche, on en voyait une autre d'un aspect noirâtre, composée de fibrine isolée de la sérosité du sang, et d'un tissu irrégulier et plus dense, à mesure qu'elle s'approchait de la surface du placenta, auquel elle était intimement collée. Le placenta était applati, comme s'il avait été soumis à une forte pression, qui ne paraissait pas néanmoins avoir été égale des deux côtés, car la face utérine était comme creusée par l'affaissement du tissu placentaire. Nous bornâmes là notre examen. J'emportai chez moi le délivre, pour le considérer avec plus de soin. La femme fut long-temps à recouvrer ses forces. Ce ne fut guères qu'après deux mois qu'elle put reprendre comme auparavant ses occupations.

La perte utérine cachée, dont cette observation est un exemple incontestable, ne s'est révélée que par un signe commun à toutes les hémorrhagies. Ce n'est que dix-huit heures après le développement des symptômes alarmans, que l'écoulement du sang au dehors a pu nous mettre sur la voie de reconnaître le siége de l'accident; car la douleur que la femme accusait dans la région épigastrique, doit être regardée comme un phénomène de souffrance de l'estomac, et non comme le signe du décollement du placenta inséré sur le col utérin. Si le développement de la matrice a existé, il n'a pas été appréciable à la malade, car il a dû se faire aux dépens du col, qui a prêté jusqu'au moment de la sortie du sang. Les douleurs du travail n'ont pas été précédées de ces coliques sourdes, profondes, que Baudelocque a signalées comme symptômes de cette espèce de perte. Enfin, rien de ce que cet homme célèbre a observé de plus que Mauriceau n'a existé chez cette dame. La différence entre les faits tiendrait-elle à la différence d'insertion du placenta? Dans la seule observation où Baudelocque a noté le lieu d'insertion du placenta, il occupait le fond

de la matrice. On conçoit alors comment l'accumulation du sang a dû produire un plus grand développement du bas-ventre, et comment son passage pour arriver au-dehors a pu provoquer des coliques et des tranchées précurseurs du travail de l'enfantement. On s'explique aussi, dans le cas que je rapporte, et où le placenta s'insérait sur la paroi antérieure du col, pourquoi l'extension qui s'est faite aux dépens du col n'a pas été ostensible à la femme, et comment le sang a pu s'écouler au-dehors sans douleurs. L'entier développement du col comme au terme de la gestation, mais ici opéré d'une manière rapide, a donné le signal de l'accouchement. On s'exposerait donc à l'erreur, si, pour établir le diagnostic, on admettait parmi les symptômes constans des phénomènes qui ne se montrent que dans de certaines conditions. Le développement de la paroi du col utérin suffira-t-il alors pour dissiper les doutes et déterminer le siége de la perte? Ce signe peut bien nous faire soupçonner la vérité, mais il faut encore attendre du temps pour qu'il nous la montre avec évidence.

On s'est long-temps refusé d'admettre l'existence de la perte utérine cachée; et des hommes honorables nient encore de nos jours la possibilité d'un semblable accident. La raison qu'ils apportent, c'est que les conditions anatomiques de la grossesse ne permettent pas un épanchement sanguin entre le placenta et la matrice. C'est une de ces raisons qu'on pourrait donner aussi pour nier l'existence de la plupart des maladies. En examinant de près l'état des choses, il est facile de se rendre compte de cet accident et de la mort qui est survenue dans le plus grand nombre des faits observés. Au décollement partiel du placenta succède l'épanchement de sang, qui peut-être est la cause première de ce décollement, ici favorisé par l'état variqueux des jambes, des cuisses et des parties génitales. Ce liquide, continuant de s'écouler, augmente la séparation, en comprimant ce corps spongieux, sans que la résistance du

liquide amniotique s'y oppose; car cette résistance est nulle au début de l'écoulement. A cette époque l'amnios est bien rempli de son liquide, mais elle n'en est point distendue, ainsi que le prouve la flaccidité des membranes, lorsqu'on les examine avec le doigt hors le temps du travail. Cela devait être ainsi, pour la formation de la poche des eaux et l'accomplissement de la parturition. Lorsque, plus tard, par l'accumulation du sang entre le délivre et la matrice, les membranes sont distendues, l'extensibilité dont elles sont capables permet encore le refoulement du placenta. Cette extensibilité peut être jugée par ce qui se passe dans le développement de la poche des eaux lors du travail de l'enfantement. Elle peut même être ici portée plus loin; car les membranes se trouvent soutenues par la paroi de la matrice, ainsi que l'attestent les hydropisies de l'amnios, qui donnent en peu d'heures au ventre de la femme enceinte de cinq mois le volume qu'il n'a qu'au terme de la grossesse. Cet exemple sert encore à démontrer toute l'extension que la matrice peut prendre, lorsqu'elle est soumise à une cause de distension. Baudelocque a suffisamment prouvé ce fait pour qu'il soit besoin d'y revenir. C'est à ce temps de la sortie que le délivre placé entre deux résistances est comprimé et applati, comme nous l'avons vu dans l'observation rapportée. Pourquoi, avec de semblables conditions, la cavité que l'accumulation successive du sang a déterminée, ne serait-elle pas assez vaste pour que l'épanchement devienne mortel, comme cela est arrivé dans les observations de M. Balme? On ne sait pas encore quelle est la quantité de sang qu'il faut perdre pour que la mort arrive. Néanmoins l'expérience nous apprend que le résultat dépend de la rapidité de l'écoulement et de la constitution de la femme, et que la perte que suppose la cavité formée entre la matrice et le placenta, ou les membranes, a été pour les unes une cause d'affaiblissement grave, et pour les autres une cause de mort. Baudelocque

semble avoir prévu dans son Mémoire les objections qui se sont élevées depuis, par l'exactitude qu'il a mise à décrire la marche de cet accident. Dans le fait que j'ai observé, l'écoulement doit avoir commencé avant le 13, jour de ma première visite. La mollesse et la lenteur du pouls, le sentiment de lassitude et de faiblesse que la femme accusait étaient le résultat plutôt de l'épanchement que de l'affection de l'estomac. Le sang épanché avait repoussé le placenta vers le centre de la cavité utérine, en formant une plaque qui adhérait intimement à la surface de cet organe. Un écoulement plus abondant avait eu lieu le 13 au matin, et avait opéré un plus grand écartement, toujours en portant le placenta vers le point central de l'utérus, Les membranes, entraînées par ce mouvement dans la même direction, se sont successivement décollées dans les portions voisines de cet organe, en même temps que la paroi antérieure du col a été distendue et s'est plongée dans le bassin sous la forme d'une grosse tumeur. Si le placenta avait occupé les parties supérieures de la cavité de l'utérus, les forces d'impulsion se seraient divisées sur tous les points de cette nouvelle cavité, lorsque le placenta aurait rencontré une résistance qui se serait opposée à un plus grand refoulement; alors le sang aurait cherché à se répandre vers les parties qui auraient offert le moins d'obstacles à son passage. Que de difficultés encore à surmonter! De là des douleurs, des coliques profondes qui provoquent ou annoncent le travail de l'enfantement. Mais ici le placenta s'insérait trop près de l'orifice utérin pour que le décollement des membranes ne se fût pas opéré après le développement du col et l'écartement du placenta; et si le sang ne s'est pas montré plus tôt, ce sont les caillots qui lui ont opposé une barrière. Malgré les conditions les plus favorables à son écoulement au-dehors, le sang qui s'est coagulé sur la surface du placenta formait une couche épaisse de près de deux pouces. Si nous tenons compte des caillots

qui sont sortis avant l'accouchement et après la délivrance, et si l'on considère que la plus grande partie de cette couche avait été soumise à une forte compression, et qu'elle n'était formée que de fibrine, on se rendra raison des accidens graves survenus avant l'apparition du sang. La sérosité du sang s'est en partie écoulée avec les caillots avant l'accouchement, et en partie dans le travail. C'est elle que j'avais prise à mon premier examen pour de l'eau amniotique altérée.

Si je me suis un peu appesanti sur ce sujet, c'est que l'opinion que je combats inspire une sécurité pleine de dangers pour la femme; qu'elle est presque généralement reçue, et que les faits se présentent rarement pour balancer l'autorité qu'elle reçoit du crédit des hommes célèbres qu'elle a séduits.

(*La suite à un prochain Numéro*).

Sur l'hypertrophie du cœur considérée comme cause de l'apoplexie, et sur le système de Gall; Mémoire lu à l'Académie royale de Médecine, le 19 *avril* 1836, *par* J. A. Rochoux, *médecin de l'hospice de la Vieillesse (hommes), etc.* (Fin).

Il ne m'était pas possible de parler du siège de l'apoplexie sans rappeler que, malgré une sorte de prédilection pour le corps strié, la couche optique et la portion de l'hémiphère voisine de ces organes, l'hémorrhagie se montrait néanmoins dans d'autres points des centres nerveux. Cela est si vrai qu'il n'en est sans doute aucun où elle n'ait été observée. Dès lors, il était tout simple de chercher à savoir si la différence du siége dans la lésion cérébrale apportait quelque différence dans le genre d'affection qu'éprouvent les facultés de l'entendement chez les apoplectiques. Eh bien! Messieurs, consultez vos souvenirs, et ils vous répondront comme les miens,

que tous ceux de ces malades dont les facultés mentales sont notablement affectées, présentent un affaiblissement général de l'intellect, un affaissement moral plus ou moins rapproché de l'état dit d'enfance (1). Force est bien cependant de reconnaître que ce résultat si constamment, si invariablement le même, est produit par des lésions d'organes ou de portions de l'encéphale fort différentes les unes des autres. Voilà donc une première donnée fort peu en harmonie avec les idées que cherchent à répandre les phrénologistes. Elle sera notre point de départ pour aborder une question actuellement à l'ordre du jour, et qui, malgré la brièveté dont je me suis imposé l'obligation, n'aura pas été traitée à la légère, si les raisons que je vais soumettre à votre jugement sont, comme il me semble, de nature à laisser peu de moyens de défense aux partisans de la crânologie ou phrénologie.

Cette vérité fondamentale en physiologie que toutes les qualités physiques et morales de l'homme tiennent à son organisation (2), remonte à la plus haute antiquité, et ne saurait être attribuée à Gall, pas même pour ce qui regarde les fonctions de l'entendement. Il peut seulement

(1) Cornel. Celsus, *De re medicâ*, tom. I.er, p. 209. — Jacquinus, *Comm. in Ras.*, p. 90. — Cœlius-Aurelianus, *De morb. acut. et chron.*, cap. V, lib. 3. — Aetius, d'après Archigène, *De cogn. et curand. morb.*, p. 253. — Forestus, *Opera omnia. Obs. med. de apoplexiâ*, obs. 13, *in schol.* — Gualter Bruele, *Prax. med. theor. et prat*, etc., p. 75. — Baglivi, *Opera omnia*, p. 76. — Frid. Hoffmann, *Dis. de apoplexiâ*, p. 134. — Van-Swieten, *Com. in aph.*, etc., sect. 1017.

(2) Cette manière d'envisager le rôle de l'organisation s'accorde parfaitement avec le dogme de l'immortalité de l'ame, comme l'a fort bien démontré Saint-Grégoire de Nicée (*De hominis opificio*, p. 12). En effet, dès l'instant où l'on reconnait, avec Platon (*I.er Alcibiade*), et avec M. de Bonald (*du divorce au 19.e siècle*, etc.), que l'homme est *une intelligence finie par des organes*, il est nécessaire que le maître soit à son tour maîtrisé et enchaîné par les divers degrés de perfection ou d'imperfection de ses ministres.

revendiquer presque exclusivement pour sienne l'opinion de l'existence d'un nombre déterminé de facultés résidant chacune dans autant de portions de l'encéphale. Dans cette hypothèse où toute la psychologie humaine est expliquée par l'action et le développement de ces divers organes, la première question à examiner c'est de savoir si, pour rendre compte du problême que Gall croit avoir résolu, il faut avec lui recourir à la supposition de vingt-sept organes (1), ou, comme le font ses successeurs les plus accrédités, en admettre trente-trois et même plus (2).

A cet égard nous dirons d'abord, que beaucoup de philosophes et de psychologistes ont réussi à expliquer tout l'homme intellectuel et moral au moyen d'un assez petit nombre de facultés, et conséquemment d'aussi peu d'organes (3). Puis viendra Condillac, qui dans une analyse reconnue vraie par Destutt Tracy (4), est, comme vous savez, Messieurs, parvenu sans efforts, à rattacher toutes les facultés de l'entendement à une seule, la faculté de sentir (5).

Voilà assurément une hypothèse bien opposée à celle de Gall; cependant pour peu qu'on s'en écarte, pour peu qu'on admette plus d'une ou deux facultés fondamentales,

---

(1) *Anat. et Physiol. du syst. nerveux en général et du cerveau en particulier.*

(2) Spurzheim, *Essai philosophique sur la nature morale*, etc. — David Richard, *Esquisses de phrénologie.* Voy. *Journal de la Soc. phrénologique*, avril 1835.

(3) Pythagore. *Voy.* Plutarque, *Placit. philosoph.*, lib. IV, cap. 4. — Platon, Timée, p. 395, édition des Deux-Ponts. — Aristote, *De animâ*, lib. II, cap. 3 *et seq.* — Laromignière, *Leçons de philos.*, tome I.er, p. 100.

(4) *Élémens d'idéologie.*

(5) *OEuvres complètes*, tome XV, *Logique*, p. 368 et 371. — « Un organe unique, un sens unique peut avoir été construit avec un tel art, qu'il suffit à donner à l'animal un grand nombre d'idées. » (Bonnet, *Palingénésie philosophique*, p. 129).

il est impossible de ne pas être bientôt conduit à en reconnaître des centaines. Les phrénologistes sont déjà entrés dans cette voie fatale, comme M. Broussais leur en fait le reproche (1).

Un autre embarras pour la pluralité des organes se trouve dans la nécessité où l'on est de supposer un point central où tous viendraient communiquer, et dont tous subiraient par conséquent l'influence. Car il est évident que l'existence de ce centre, de cette unité que chacun sent en soi, en un mot, que l'organe du moi, comme l'appellent certains phrénologistes, ne permet pas de croire aux organes spéciaux. Ici l'expérience ne saurait nous tromper. En effet, chacun de nous sent très-bien qu'en faisant de la musique ou des calculs, qu'en tenant la plume, le crayon ou le pinceau, qu'en discutant une thèse philosophique ou en se laissant maitriser par la colère, la joie, le chagrin, etc., il conserve toujours ce même sentiment de conscience, cette sensation intime qui fait le fond de l'existence, sans pouvoir jamais s'assurer qu'il agit tantôt avec un organe encéphalique, tantôt avec un autre (2). Aussi un grand nombre de philosophes, après avoir étudié la psychologie en s'observant eux-mêmes, en épiant les plus fugaces de leurs sensations, en sont-ils arrivés à reconnaître que les fonctions cérébrales sont des actions d'ensemble (3). Ils admet-

(1) *Examen des doctrines*, etc., 3.e édition, tome IV, p. 730.

(2) Peut-être objectera-t-on contre cette théorie, que puisqu'on se délasse en variant ses études, c'est une preuve que l'on change alors d'organe agissant. Je répondrai qu'après être resté longtemps debout, on se délasse en marchant. Cependant, dans le second comme dans le premier de ces deux derniers cas, ce sont toujours les mêmes parties qui agissent de la même manière, c'est-à-dire, par leurs contractions; seulement celles-ci sont alternatives au lieu d'être continues.

(3) De la Roche, *Analyse des fonctions du système nerveux*, etc., tom. II, p. 20. — Lorens, *Essai sur la vie*, p. 81. — Lélut, *Qu'est-ce que la phrénologie?* etc., p. 241.

traient volontiers que des modifications, des combinaisons, des successions de degrés dans l'action unie et générale des diverses parties du système nerveux encéphalique, sont susceptibles de produire tous les actes intellectuels et moraux de l'entendement humain, quand ils voient qu'il suffit de la seule contraction musculaire exécutée suivant certaines conditions, pour marcher, courir, sauter, danser, chanter, dessiner, nager, toucher du piano, rire, éternuer et exécuter cette foule de mouvemens si divers et si variés dont l'homme et les animaux nous donnent l'admirable spectacle.

Non content d'avoir imaginé un grand nombre d'organes, Gall a prétendu en outre, que les dispositions et les aptitudes de l'homme étaient en raison de leur développement. Ce point fondamental dans son système reçoit une bien rude atteinte d'un fait que tous les phrénologistes doivent maintenant s'abstenir de contester, savoir que l'énergie d'action d'une partie peut compenser et au-delà, son infériorité de volume. Nombre d'exemples d'hommes à vastes capacités, quoique ayant eu, comme Newton et Laplace (1), de petits cerveaux, ne nous auraient point appris que cette loi n'admet pas d'exception pour les centres nerveux, que nous pourrions en acquérir la certitude en voyant que des organes dont les fonctions sont, on pourrait le dire, purement physiques et matérielles, les remplissent plus ou moins bien, en raison de conditions organiques assurément bien réelles, mais absolument inappréciables aux sens.

Où est, je le demande, l'anatomiste capable de reconnaître aux lèvres de Tulou, sa délicieuse embouchure pour la flûte, et de distinguer le larynx enchanteur de madame Malibran, de celui d'une femme de la halle, à voix rauque et enrouée? A plus forte raison le volume des organes encéphaliques serait-il loin d'offrir un moyen assuré pour

---

(1) Magendie, *Précis élém. de physiologie*, 3.e édit.

apprécier, même aproximativement, la valeur psychologique des hommes. On le voit, l'examen à grands traits de la phrénologie, sous le point de vue métaphysique et physiologique, ne prévient guère en sa faveur. Gagne-t-elle davantage à être appréciée sous le rapport de l'anatomie? C'est ce que nous allons chercher à décider.

Avec quelque soin que l'on étudie les circonvolutions cérébrales, on les voit parcourir leur trajet sans laisser apercevoir à leur surface aucune ligne de démarcation appréciable. Pour mon compte, il ne me serait pas plus possible de distinguer vingt-sept ou trente-trois organes saillans à la surface de l'encéphale, qu'il ne me le serait de trouver trente ou quarante portions distinctes sur le jéjunum et l'iléon, s'il plaisait à un anatomiste d'en imaginer un pareil nombre. Cependant dans une science qui s'occupe d'objets dont la vue est juge en premier et en dernier ressort, il faut d'abord voir physiquement. En anatomie on ne décide rien par les yeux de la foi, et jusques à présent, je ne crains pas de le dire, les organes de Gall n'ont pas été vus autrement. Mais cette réflexion, qui eût dû faire rejeter son système sans plus ample informé, ne lui a pas encore été opposée, par la raison qu'elle est trop simple, trop conforme au sens commun. Quand on en aura senti la portée, on aura peine à croire qu'au dix-neuvième siècle on ait écrit des centaines de volumes sur des organes que personne n'avait vus. En attendant, je n'hésite pas à avancer que, si jamais nous parvenons à connaître quelque chose dans la structure intime du cerveau, il ne s'y trouvera rien de favorable à l'organologie. Voici sur quoi je me fonde :

Désirant savoir jusqu'à quel point le microscope permettait d'apercevoir la texture organique du cerveau, je l'ai employé plusieurs fois à étudier l'organisation de minces filamens nerveux enlevés au *calamus scriptorius*, et de quelques fibrilles prises sur le pont de Varole. Toujours ces parcelles, si déliées à l'œil nu, m'ont paru composées par

des milliers de globules de substance nerveuse, à formes assez variées, soutenues par des filamens d'une excessive ténuité, et dont l'arrangement, pour nous être inconnu, pour être sinon impossible au moins fort difficile à suivre, n'en est pas moins soumis à cette régularité merveilleuse, à cette délicatesse incroyable d'exécution qui se retrouve dans toutes les opérations de la nature. Le résultat de ces essais assez nombreux a été de me convaincre que quand même vingt micrographes travaillant tous ensemble passeraient vingt ans de leur vie à étudier le cerveau, ils ne parviendraient sans doute pas à en connaître l'organisation apparente, et à la décrire dans tous ses détails. Cependant, en l'absence de cette condition sans laquelle il n'y a pas d'explication rationnelle possible des fonctions cérébrales, on a cru sérieusement avoir donné raison de la psychologie de l'homme. Autant vaudrait écouter celui qui, n'ayant d'autre connaissance d'une montre à répétition que d'en avoir vu marcher les aiguilles ou entendu sonner les timbres, se ferait fort avec cela d'en pénétrer le mécanisme. Sommes-nous réellement plus en état d'expliquer les fonctions de l'encéphale, que cet homme le mouvement de la montre? Très-assurément non. En effet, nous éprouvons des impressions fort diverses, et nous voyons les actes d'êtres que nous supposons sentir comme nous : voilà tout. Du comment tout cela s'opère, qui en sait, qui en peut dire un mot ?

Cette manière large et seule vraiment philosophique d'envisager la crânologie, d'en juger les principes, ne sera sans doute pas goûtée des phrénologistes. Ils l'accuseront de se perdre dans le vague et l'incertitude des généralités, et ne manqueront pas de se retrancher derrière l'observation directe des faits de détails. Suivons-les donc sur un terrain où ils se croient inattaquables.

Assurément s'il avait été prouvé par un nombre convenable de faits bien étudiés, que certaines conformations extérieures de la tête, nettement figurées, sont constam-

ment en rapport avec telles ou telles dispositions morales, il faudrait bien se soumettre à l'expérience et en adopter le résultat sans réplique. Mais rien de pareil n'est à craindre. Je n'en donnerai pas pour preuve les méprises grotesques dans lesquelles Gall et ses disciples sont tombés (1); car bien que rien n'empêche de dire la vérité en riant..... *quamquam ridentem dicere verum quid vetat*, la gravité de l'auditoire m'interdit l'arme de la plaisanterie. Je me contenterai donc de faire remarquer que, pour parvenir à déterminer par voie d'observation et de déduction expérimentale, les organes de la crânologie, il faudrait vingt fois plus d'observations particulières que vingt hommes laborieux, en les supposant favorablement placés pour cela, n'en pourraient recueillir dans toute leur vie; et c'est par la certitude où je suis que les faits de ce genre manquent aux phrénologistes, que je n'hésite pas à accorder une valeur tout-à-fait décisive au petit nombre d'observations bien avérées contraires à leur système.

Je ne lui opposerai pas les résultats anti-phrénologiques auxquels a conduit l'examen de la tête de Napoléon (2), par la raison que le front seul ayant été moulé par Anthommarchi, c'est insuffisant pour juger du reste du crâne (3). Je consentirai même assez volontiers à laisser

---

(1) Par exemple, Robert Roche m'a assuré que, dans une de ses visites à Charenton, M. Dannecy déclara atteint de monomanie *religieuse*, Jacob Dupont, qui avait fini par tomber dans un état de démence quelque temps après avoir publiquement prêché l'athéisme avec une grande ardeur au commencement de la révolution. Quand je me rappelle cette anecdote, il m'est difficile de prendre au sérieux les merveilles phrénologiques que nous raconte M. X.... (*Lancette franç.*, 26 février 1833, p. 100).

(2) *Courrier français*, 24 juillet 1834.

(3) Plusieurs phrénologistes ont fait cette réflexion, dont je m'empresse de reconnaître la justesse.

là les têtes de Lacenaire et d'Avril, bien qu'elles aient été étudiées de manière à ne laisser aucun doute sur leur peu de concordance avec les principes de la phrénologie (1); mais on me permettra sans doute de compter pour quelque chose les observations de M. Lélut, qui n'a jamais pu rien reconnaître de distinctif sur les têtes des assassins (2). Cela convenu, j'en viens à la tête de Fieschi, qui, à elle, seule, vaut plus que cent autres. En effet, cet homme vraiment extraordinaire sous le rapport moral et intellectuel, est connu et jugé par tout le monde. Le grand jour de la publicité l'a mis dans une évidence qui ne saurait être revandiquée pour aucun autre. Or, voici quelle est la conformation de sa tête maintenant déposée au muséum Dupuytren.

Gall et tous ses disciples assurent d'un commun accord que la prédominance du développement transversal du crâne, d'une tempe à l'autre, indique les mauvais penchans, tandis que le développement antéro-postérieur appartient aux hommes de mœurs douces, doués de penchans honnêtes et affectueux. Hé bien! chez Fieschi, il y a un développement prononcé du diamètre antéro-postérieur. Son crâne ne présente qu'absence ou très-faible développement des organes de la ruse, de la prudence, de la fermeté, du meurtre et de l'orgueil (3); de l'orgueil

(1) *Lancette française*, 1.er et 12 mars 1836. L'auteur de ces articles assure cependant qu'en somme, les têtes d'Avril et de Lacenaire sont plus favorables que contraires à la phrénologie. Page 121.

(2) *Examen comparatif*, etc. (Journ. hebd. de Méd., 1832, p. 65).

(3) Lélut, *Procès-verbal d'autopsie de la tête de Fieschi*, p. 3. — M. Dumoutier prétend au contraire trouver sur la tête de Fieschi les indices de tout ce qu'était cet homme. (*Le Droit*, 27 février 1836). Je pourrais, sans grand danger pour mes croyances phrénologiques, me ranger à l'avis du contradicteur de M. Lélut. Il me suffirait de faire remarquer, en même temps, qu'une science qui permet à deux hommes également versés dans son étude, de dire l'un oui, et l'autre non, sur un même fait soumis à l'épreuve de la vue et du toucher, est une furieuse vanité.

surtout, dont chaque instant de sa vie, si dramatique à la Chambre des pairs, a montré combien il était amplement pourvu.

Ce fait serait le seul en opposition avec le système de Gall, qu'il suffirait pour le renverser. Les phrénologistes essayeraient envain de se retrancher derrière le non sens banal, si souvent encore mis en avant, que les exceptions confirment la règle au lieu de la détruire (1); il leur faudrait s'entendre faire une formidable réponse; on leur dirait : l'inflexible nature n'admet pas les exceptions, et quand nous oroyons en apercevoir, c'est parce que nous osbservons mal. En effet, qu'un seul atôme puisse échapper à ses lois, et l'admirable système sur lequel repose cet univers est au moment même anéanti. Quant à recourir à l'énergie d'action (*l'activité*), pour expliquer avec de faibles organes cérébraux le grand développement des facultés de Fieschi, ce serait vraiment saper la phrénologie dans son principe.

Elle n'eu doit pas moins être regardée comme un des plus grands efforts tentés dans ce siècle pour la solution de l'important problême : *connais-toi toi-mêmc.* Sous ce rap port, elle méritait d'être très-sérieusement étudiée ; aussi ai-je dû, à cause de la nécessité où j'étais de me renfermer presque toujours dans des considérations générales, n'en négliger aucune susceptible de jeter quelque lumière sur mon sujet. Ainsi le genre de trouble intellectuel qui s'observe si fréquemment chez les apoplectiques, nous a fourni une première objection contre la pluralité des organes, laquelle n'est pas moins fortement combattue par la certitude irrévocablement acquise de l'unité qui préside

(1) S'il arrivait qu'un homme vînt à courir encore après avoir eu la tête tranchée, cela confirmerait-il la règle que la décollation est instantanément mortelle chez les individus de l'espèce humaine? Les autres exceptions, si vraiment on en observait, auraient la valeur de celle-ci.

à toutes les opérations de l'entendement humain. D'un autre côté, tandis que l'œil de l'anatomiste chercherait en vain des organes circonscrits sur l'encéphale, tandis que les plus grossières ébauches d'anatomie microscopique suffisent pour nous convaincre que la texture interne de cet organe nous est complètement inconnue, l'observation de tous les jours nous prouve, qu'en outre du degré de développement, il y a pour les organes des conditions d'action inappréciables aux sens et bien supérieures encore en importance, aux grossières apparences de volume. Enfin, quand les phrénologistes ont voulu s'appuyer sur l'observation des faits de détails, il a été aisé de leur répondre que les faits favorables à leur système étaient encore en nombre insuffisant, lorsque déjà on pouvait lui en opposer dont l'évidence et la valeur devaient le renverser de fond en comble. A l'aspect de tant de données puisées dans la discussion de points scientifiques fort différens les uns des autres, tendant toutes au même but, conduisant toutes à la même conclusion, je n'hésiterais pas, si l'on me posait cette question : Qu'est-ce que la phrénologie ? à répondre : c'est le plus grand mécompte scientifique qu'ait vu notre époque (1).

Recherches statistiques pour servir à l'histoire de l'épilepsie et de l'hystérie; par M. Beau, *interne à l'hôpital Necker, membre de la Société anatomique.*

Les présentes recherches ont été faites à la Salpétrière en 1833, pendant que j'y étais élève interne dans la section des épileptiques. Voulant tirer parti de la position où

(1) La phrénologie est une *pseudo*-science, comme l'astrologie, l'alchimie, etc. Magendie, *Précis élém. de physique*, 3.e éd., tome II, p. 247, note.

je me trouvais, pour étudier les affections épileptiques et hystériques, je crus ne pouvoir mieux faire que de recueillir les observations de toutes les malades du service, en m'attachant surtout à quelques points que je voulais comparer entr'eux pour avoir leurs rapports numériques. Ces rapports, auxquels je me propose de donner plus tard quelques développemens, sont consignés dans les articles suivans ; ils proviennent de 273 histoires particulières qui ont été dressées en partie d'après ce que j'ai vu, et en partie d'après les renseignemens fournis, moins par les malades elles-mêmes, que par les parens ou les employées de la section.

1.° *État général des affections épileptiques et hystériques.*

Personnes ayant des attaques épileptiques seules.	26
guéries de leurs attaques.	2
Personnes ayant attaques et vertiges épileptiques.	180
à qui il reste des vertiges.	7
guéries entièrement.	4
Personnes ayant vertiges seuls.	13
Personnes ayant des attaques hystériques. . . .	12
guéries de ces attaques.	5
Personnes ayant attaques hystériques et vertiges.	1
à qui les vertiges restent.	1
Personnes ayant des attaques épileptiques et hystériques :	
guéries entièrement.	1
à qui il reste des attaques épileptiques. .	2
Personnes ayant des attaques hystériques. épileptiques, des vertiges.	6
à qui il reste des vertiges.	1
Personnes ayant des attaques composées de symptômes épileptiques et hystériques.	4
guéries.	2
Personnes ayant des attaques composées de symptômes épilept. et hystériques, plus des vertiges.	4
guéries entièrement.	1
à qui il reste des vertiges.	1
TOTAL.	273

Dans cet état général il y a donc 260 personnes atteintes d'attaques avec ou sans vertiges. De ces 260, 219 ont des attaques épileptiques, 19 des attaques hystériques; 10 ont à-la-fois des attaques épileptiques et hystériques, et 12 des attaques composées de symptômes épileptiques et hystériques. Si à ce nombre 260, nous ajoutons les 13 personnes affectées de vertiges seuls, nous retrouvons notre chiffre total 273.

On voit d'abord que les épileptiques sont bien plus nombreuses que les hystériques, et il est bon de savoir, pour expliquer ce fait, que les hystériques ne sont reçues que rarement à la Salpétrière, comme par exception; aussi le résultat des points de comparaison que j'ai établis entr'elles, sera-t-il bien moins positif que celui fourni par les épileptiques.

On voit ensuite que la complication de l'épilepsie avec l'hystérie, ou l'hystéro-épilepsie, présente deux formes particulières; ou bien la même personne a des attaques épileptiques et hystériques séparées, ou bien les attaques, toujours identiques, sont constituées par des phénomènes épileptiques et hystériques en proportion notable.

2.° *De l'attaque et du vertige épileptiques.*

Le vertige et l'attaque épileptiques sont deux groupes de phénomènes qui se rencontrent le plus souvent ensemble chez les personnes affectées d'épilepsie, comme le prouve le tableau précédent. On les avait confondus jusqu'à ces derniers temps sous les noms *d'accès*, de *mal* épileptique, et ce n'est que depuis les travaux de MM. Esquirol, Georget, Calmeil, etc., qu'on les décrit d'une manière isolée. Je vais tâcher de préciser encore davantage la distinction que l'on en a faite, en comparant ensemble les symptômes principaux de l'attaque et du vertige.

Dans *l'attaque*, l'individu pousse un cri et tombe tout-à-fait privé de sensibilité et d'intelligence. Les muscles sont dans un état de raideur tétanique, et immobiles, la respira-

tion est suspendue, les veines se gonflent, la face est congestionnée, le pouls faible et petit. Bientôt la raideur tétanique des muscles est remplacée par des alternatives de contraction et de relâchement, apparentes surtout à la face, d'abord légères, ensuite plus étendues, vives et rapprochées. L'individu rend des jets saccadés de salive et de mucosité mousseuse; la respiration recommence à l'aide des mouvemens convulsifs des muscles inspirateurs; les veines se désemplissent, la congestion de la face disparaît, le pouls devient plus fort. Les convulsions ayant cessé entièrement, la respiration s'exécute d'une manière large et profonde, avec un ronflement remarquable; la face est pâle, décomposée; enfin le ronflement disparaît, et l'intelligence revient peu-à-peu avec la sensibilité. Il ne reste ordinairement de ces diverses lésions fonctionnelles, qu'une fatigue musculaire excessive, de la céphalalgie et de l'hébétude, sans que le patient ait la moindre conscience de ce qui s'est passé.

Les symptômes précédens peuvent être facilement rangés en périodes distinctes, qui dépendent en partie les unes des autres, et dont la durée n'est pas la même. Ainsi dans la première, que nous appellerons *tétanique* ou *tonique*, nous rangerons la raideur immobile des muscles, la suspension de la respiration, le gonflement des veines, la congestion de la face, la petitesse du pouls, elle est de cinq à trente secondes. Dans la deuxième, qui est la *spasmodique* ou *clonique*, se trouveront le spasme clonique, le retour de la respiration, la sortie saccadée de la salive, la diminution du gonflement des veines, de la turgescence violette de la face, le développement du pouls; elle est de une à deux minutes. A la troisième, dite de ronflement, se rapportent le ronflement, la pâleur de la face, la décomposition des traits; elle est de trois à huit minutes. Enfin la quatrième comprend le retour de la sensibilité et de l'intelligence; elle est de dix minutes à une demi-heure.

Le *vertige* varie tant, pour sa forme et sa durée, qu'il est difficile d'en donner une description générale. Ainsi, quelquefois l'individu sera surpris tout-à-coup dans une conversation, et pourra au bout d'une seconde achever la phrase qu'il aura commencée ; d'autres fois il tombera comme foudroyé, et restera une demi-heure privé de sentiment et d'intelligence, sans qu'il y ait, comme dans l'attaque, aucun désordre dans l'appareil musculaire ; tantôt l'individu ne pourra ni parler, ni se mouvoir, l'intelligence étant à demi-conservée ; souvent il y aura quelques mouvemens convulsifs, des actes désordonnés, des paroles incohérentes ; etc., etc. Ces différences de vertiges, que je ne fais qu'indiquer, suffiront pour donner une idée de l'embarras que j'ai éprouvé en choisissant le type d'une description générale. Pour en sortir je devais m'arrêter à la forme la plus fréquente; j'ai donc passé en revue les 219 cas de vertiges portés au tableau précédent, et j'ai trouvé 76 fois la variété suivante que je présente comme le vertige épileptique le plus ordinaire : l'individu a le temps de s'asseoir, tombe ou fléchit; sa face est pâle, immobile; les yeux fixes et hagards, ou bien il y a quelques légers tremblemens des membres supérieurs et de la face; il reste ainsi quelque temps ; peu-à-peu il s'anime, il se lève d'un air étonné, cherche autour de lui, fait des paquets, veut se déshabiller, prononce souvent des paroles mal articulées, et essaie de se débarrasser des personnes qui le retiennent; si on le laisse aller, il se promène d'un air égaré, a une démarche un peu choréique, et bat quelquefois ceux qui se trouvent sur son passage. Enfin l'intelligence reparaît, l'individu est fatigué et honteux, et conserve souvent la mémoire d'une partie de ce qui s'est passé. Cet ensemble de phénomènes dure de deux à trois minutes; le délire dont je viens de parler est toujours sombre ou même furieux. Je n'ai observé des rires et des chants que dans cinq cas.

Si nous analysons les phénomènes qui constituent la forme de vertige que je viens de décrire, nous voyons qu'ils se réduisent d'abord à une perte complète ou incomplète de mouvement et d'intelligence, et ensuite à une perversion de la volonté, à un délire qui rappelle assez bien l'état nerveux que l'on observe dans certaines fièvres, sous le nom de *carphologie*. Le vertige est dès-lors un ensemble de symptômes d'épilepsie et d'aliénation, et il établit entre ces deux affections un rapport qu'on ne saurait contester.

La perversion de la volonté est étrangère à l'attaque. Dans celle-ci, la volonté, la sensibilité et l'intelligence sont entièrement abolies, mais elle présente une lésion fonctionnelle bien importante à étudier, celle du système musculaire. Nous allons voir que cette lésion est la source de beaucoup de phénomènes que l'on rencontre dans l'attaque. En effet, la raideur tétanique des muscles entraîne avec elle, d'un côté, la suspension des mouvemens respiratoires avec l'enrayement de l'action du cœur; de l'autre, une plus grande activité dans le mouvement du sang noir, par suite de la compression que les fibres musculaires contractées exercent sur les radicules veineuses. Ainsi le sang veineux est exprimé rapidement de tout le système musculaire, et cependant il est obligé de stagner dans les veines parce qu'il traverse difficilement le cœur dont les mouvemens sont incomplets ou affaiblis. Cette stagnation diminue lorsque la respiration commence à reparaître avec les spasmes cloniques des muscles inspirateurs, lorsque les mouvemens du cœur recouvrent leur énergie ordinaire, et que dès-lors le passage du sang veineux de la grande à la petite circulation est rendu plus facile. Enfin l'état convulsif ayant cessé entièrement, la respiration s'exécute largement comme pour compenser le temps où elle a été suspendue; l'air inspiré brusquement et en grande quantité vient vibrer contre la glotte, les lèvres, considérablement relâchées par

suite de l'excessive et fatigante contraction à laquelle elles ont été soumises, et il se produit un ronflement remarquable. On voit donc que le ronflement, la turgescence des veines, la coloration de la face, sont différens effets de la raideur tétanique qui marque le début do l'attaque; et plus elle dure, plus les symptômes précités sont intenses ou prolongés. Cette importance de la convulsion *tonique* méritait donc d'être signalée, et c'est pour cela que j'ai cru devoir en faire une période distincte de la deuxième, celle de spasme, avec laquelle elle est confondue sous les noms de temps ou de période de *secousse*. Au reste, ces idées ne sont pas entièrement nouvelles; je les ai retrouvées en partie dans Boërhaave qui, après la description qu'il donne de l'attaque (*epilepsia exquisita*), insiste beaucoup sur la perversion musculaire, comme cause de divers phénomènes qu'elle présente.

La même forme de vertige s'observe toujours semblable chez le même individu, sauf quelques exceptions. Parmi les 219 personnes qui en étaient affectées, trois en avaient deux variétés qui se montraient alternativement: une légère, très-rapide, consistant en une absence de quelques secondes, et une autre plus longue, caractérisée par l'état de carphologie que j'ai indiqué plus haut.

Le vertige peut se rencontrer avec les attaques d'hystérie pure; il y en a deux cas portés dans le tableau d'introduction. Cette complication forme une troisième variété d'hystéro-épilepsie à joindre aux deux dont j'ai déjà parlé.

Tous les auteurs sont d'accord sur la gravité du vertige, en ce sens qu'il fixe, pour ainsi dire, le mal épileptique, qu'il le rend moins curable, et plus voisin de la démence. Cette gravité du vertige est en partie confirmée par la circonstance numérique suivante; c'est que de dix personnes affectées d'attaques et de vertiges, et guéries partiellement, la guérison n'a porté que sur les attaques, et les vertiges ont persisté.

Quant au rapport de fréquence des vertiges aux attaques, je suis arrivé au résultat suivant :

Personnes affectées d'attaques et de vertiges. . .	206
Chez qui les vertiges se montrent plus souvent que les attaques.	115
Moins souvent que les attaques.	27
Aussi souvent que les attaques.	45
Cas indéterminés.	19
TOTAL.	206

Les vertiges peuvent survenir brusquement, ou bien avoir des prodrômes prochains ou éloignés qui sont rarement semblables à ceux de l'attaque avec laquelle le vertige se rencontre chez le même individu. Enfin, ils peuvent se présenter le jour ou la nuit seulement.

Là finit ce que j'avais à dire du vertige. Les résumés suivans ne proviennent que des attaques épileptiques et hystériques, ou de certains points de l'épilepsie et de l'hystérie considérées d'une manière générale.

3.° *Attaques simples et composées.*

Quand les attaques ne viennent qu'une à une pendant un laps de temps notable, on dit que l'attaque est *simple.* Quand elles se répètent plusieurs fois de suite, on dit que l'attaque est *composée* ou avec *paroxysmes*; celle-ci s'appelle encore *état de mal* parmi les épileptiques de la Salpêtrière. On observe que les paroxysmes de l'attaque composée sont en général plus courts que l'attaque simple; leur nombre s'élève quelquefois jusqu'à quinze ou vingt; ils sont le plus souvent liés les uns aux autres par des phénomènes particuliers, tels qu'un délire sombre, des idées de suicide, des vertiges, du coma, etc. Je vais, dans ce résumé, établir la proportion des attaques simples et composées chez les épileptiques et les hystériques.

Personnes ayant des attaques épileptiques :

simples.	156	
composées.	26	
tantôt simples, tantôt composées.	32	
douteuses.	4	

Personnes ayant des attaques hystériques :

simples.	5	
composées.	[illegible]	
douteuses.	5	

Personnes ayant des attaques épileptiques et hystériques :

simples.	4	Attaques épileptiques.
composées.	6	
simples.	3	Attaques hystériques.
composées.	7	

Personnes ayant des attaques avec symptômes hystériques et épileptiques :

simples.	6	
composées.	4	
douteuses.	2	

D'une autre part, personnes étrangères aux attaques.	13	
Total.	273	

J'appelle *douteuses* dans ce résumé, les attaques sur lesquelles il était difficile de se prononcer, soit qu'étant passées depuis longtemps on n'ait pu se procurer sur elles que des renseignemens peu sûrs, ou bien qu'étant trop et trop peu rapprochées, on n'ait pu se décider positivement sur leur état de simplicité ou de paroxysme.

Remarquons que les attaques épileptiques sont le plus souvent *simples*, tandis qu'au contraire les hystériques sont ordinairement *composées* ; ce qui est conforme à l'opinion des auteurs.

4.° Prodrômes des attaques.

Les attaques peuvent survenir brusquement et d'une manière inopinée; d'autres fois elles sont annoncées par des symptômes avant-coureurs ou des *avertissemens.* J'appellerai prochains ceux qui surviennent immédiatement avant l'attaque, et éloignés ceux qui la devancent de quelques heures, d'un ou même de plusieurs jours.

Personnes ayant des attaques épileptiques :

sans prodrômes	112
avec prodrômes prochains	57
tantôt avec, tantôt sans prodrômes prochains	16
avec prodrômes éloignés	23
tantôt avec, tant sans pr. éloignés	1
avec prodrômes prochains et éloignés en même temps	2
Cas incertains	8

Personnes ayant des attaques hystériques :

sans prodrômes	0
avec prodrômos prochains	5
tantôt avec, tantôt sans pr. proch.	1
avec prodrômes éloignés	9
tantôt avec, tantôt sans pr. éloign.	1
Cas incertains	3

Personnes ayant des attaques épileptiques, hystériques :

sans prodrôme	5	Attaques épileptiques.
avec prodrômes prochains	2	
avec prodrômes éloignés	1	
Cas douteux	2	
sans prodrômes	0	Attaques hystériques.
avec prodrômes prochains	4	
avec prodrômes éloignés	2	
Cas incertains	4	

Personnes ayant des attaques composées de symptômes hystériques et épilept.	
sans prodrômes.	1
avec prodrômes prochains. . . .	4
tantôt avec, tantôt sans pr. proch.	1
avec prodrômes éloignés.	3
avec prod. prochains et éloignés. .	1
Cas incertains.	2
D'ailleurs, personnes étrangères aux attaques.	13
Total.	273

Je ferai d'abord remarquer que, sur les 260 cas d'attaques portés dans ce tableau, trois seulement étaient annoncées à-la-fois par des prodrômes prochains et éloignés ; on doit donc les regarder comme exceptionnels et établir cette règle générale, que jamais la même attaque n'est précédée de prodrômes prochains et éloignés.

On voit ensuite, relativement aux attaques épileptiques, que dans la moitié des cas environ elles sont annoncées par des prodrômes prochains ; or, nous sommes par là en opposition avec Georget, qui prétend que les épileptiques n'ont guères d'avertissement que cinq fois sur cent. Quant aux attaques hystériques, elles n'arrivent jamais ou presque jamais sans prodrômes ; c'est une vérité prouvée en partie par le tableau précédent, bien que le nombre des hystériques ne soit pas assez considérable pour décider la question d'une manière positive.

La durée des prodrômes prochains est en général très-courte, de une à quelques secondes ; celle des prodrômes éloignés est bien plus considérable, elle varie de quelques heures à quelques jours. Je ferai remarquer que les prodrômes prochains des attaques hystériques sont ordinairement d'une demi-heure à une heure ; ils tiennent ainsi le milieu pour la durée, entre les prodrômes prochains des attaques épileptiques et les prodrômes éloignés.

La nature des prodrômes varie infiniment ; cependant on peut dire en général que les prochains consistent en sensations locales, et les éloignés en modifications de l'état général; les premiers sont des vapeurs, des froids, des chaleurs, qui montent des extrémités à la tête; les seconds sont des étouffemens, des altérations de l'appétit, des changemens de caractère, etc. Je me bornerai à en rapporter quelques-uns : Une épileptique se sentait le bras droit glacé immédiatement avant l'attaque ; elle le sentait chaud et lourd après ; une autre avait la langue gonflée pendant les trois nuits qui précédaient l'attaque; une troisième, dont la maladie avait été causée par un serpent mort qu'on lui avait lancé sur la nuque, éprouvait en cet endroit une sensation de constriction immédiatement avant de tomber.

J'ai cherché à connaître le rapport du cri avec les prodrômes. Sur 42 épileptiques qui le proféraient au début de l'attaque, il y en a 38 qui n'avaient pas de prodrômes prochains ou d'avertissement instantané; on doit donc considérer le cri comme une expression rapide de surprise de la personne qui tombe, et ne pas le compter au nombre des phénomènes proprement dits de l'attaque, à la tête desquels on le place ordinairement.

5.° *Retour des attaques le jour ou la nuit.*

Personnes ayant des attaques épileptiques :	
qui ne surviennent que le jour. .	43
le plus souvent le jour	23
seulement la nuit.	33
le plus souvent la nuit. . . .	41
également le jour et la nuit. . .	73
Cas incertains.	6
Personnes ayant des attaques hystériques :	
qui ne surviennent que le jour. .	11
le plus souvent le jour. . . .	4
également le jour et la nuit. . .	5
Cas incertains.	1

Personnes ayant des attaques épileptiques et hystériques :

qui ne surviennent que le jour.	3	Attaques épileptiques.
le plus souvent le jour.	2	
seulement la nuit.	2	
également le jour et la nuit.	3	
ne survenant que le jour.	5	Attaques hystériques.
le jour surtout.	2	
le jour et la nuit.	1	
Cas incertains.	2	

Personnes ayant des attaques composées de symptômes épileptiques et hystér. :

qui ne surviennent que le jour.	7
le jour seulement.	3
le jour et la nuit.	1
Cas incertains.	1

On voit que les attaques épileptiques surviennent le jour et la nuit en proportion à-peu-près égale. Il n'en est pas de même des attaques hystériques qui n'apparaissent guères que le jour, ou si l'on en observe quelquefois la nuit, ce n'est pas au moins dans le sommeil. Au reste, je dirai que je suis en cela complètement d'accord avec M. Louyer-Villermay. Bien que la circonstance du retour des attaques épileptiques pendant la nuit et le sommeil soit heureuse en ce sens que l'individu peut vaquer tranquillement le jour à ses affaires, je ferai observer que ces attaques sont en général d'un fâcheux pronostic, et qu'elles dénotent un état épileptique grave. J'ai pu voir souvent que les épileptiques de la Salpétrière étaient pénétrées de la vérité de ce fait, à l'espèce de honte qu'elles avaient à avouer des attaques nocturnes. Je terminerai cet article par le double fait suivant : Deux épileptiques de 20 à 25 ans, n'avaient jamais leurs attaques que pendant le sommeil, la nuit ou le jour quand elles s'endormaient ; elles étaient toutes deux dans un demi-état de démence.

6.° *Répétition des attaques.*

Personnes ayant des attaques épileptiques revenant :

Tous les jours..........	23	Tous les deux mois.....	4
Tous les deux jours.....	12	Tous les trois mois.....	7
Tous les quatre jours...	15	Tous les quatre mois....	7
Tous les huit jours......	30	Tous les six mois.......	15
Tous les quinze jours...	25	Tous les huit mois......	4
Toutes les trois semaines.	5	Tous les ans...........	2
Tous les mois..........	57	Cas incertains.....	7
Toutes les trois semaines.	6		

Personnes ayant des attaques hystériques revenant :

Tous les jours.........	2	Tous les deux mois.....	2
Tous les dix jours......	1	Tous les quatre mois....	2
Tous les quinze jours...	1	Tous les six mois.......	1
Tous les mois..........	8	Cas incertain.....	1
Toutes les six semaines..	1		

Personnes ayant des attaques épileptiques, hystériques, revenant :

Attaques épileptiq.		Attaques hystériques.	
Tous les jours.........	1	Tous les jours..........	1
Tous les deux jours.....	1	Tous les deux jours.....	2
Tous les trois jours.....	1	Tous les trois jours.....	2
Tous les huit jours.....	1	Tous les mois.......	4
Tous les quinze jours...	1	Cas incertains......	1
Toutes les trois semaines.	1		
Tous les mois..........	3		
Tous les deux mois.....	1		

Personnes ayant des attaques composées de symptômes épileptiques et hystériques revenant :

Tous les jours.........	3	Tous les mois..........	2
Tous les dix jours......	1	Tous les deux mois......	1
Tous les quinze jours....	1	Tous les quatre mois....	1
Toutes les trois semaines.	1	Cas incertains.....	2
D'ailleurs, personnes étrangères aux attaques..............			13
		TOTAL............	273

On ne conclura pas, je pense, de ce tableau, que les attaques se sont montrées régulièrement dans chaque individu aux époques que j'ai indiquées ; je n'ai voulu parler que des retours moyens ou ordinaires. On a vu que de ces retours, le plus fréquent était le mensuel, non-seulement pour l'hystérie, mais encore pour l'épilepsie. On conçoit en sus,

qu'en dehors des retours habituels de l'attaque, il y ait une foule de circonstances accidentelles qui puissent les faire développer, telles qu'un chagrin, une contrariété, etc., etc. Deux épileptiques ne tombaient guères en attaque que lorsque le tonnerre se faisait entendre, et cependant elles disaient ne pas en avoir peur. J'ajouterai comme complément à cet article, que la chute a lieu sur différens points du corps; cependant une épileptique tombait toujours sur le côté droit, une autre toujours à la renverse; chez celle-ci il s'était développé une tumeur molle, fongueuse, à la partie postérieure de la tête, par suite des contusions qu'elle y avait reçues dans ses chutes nombreuses, et on lui faisait porter un bourrelet épais pour amortir la violence des chocs.

7.° *Causes de l'épilepsie et de l'hystérie.*

J'ai admis comme causes les différentes circonstances qui ont eu une influence immédiate ou médiate sur le développement de la maladie, et j'ai considéré comme douteuses celles où cette influence n'était pas probable. J'ajouterai que dans ce point d'investigation, plus que dans tout autre, j'ai été obligé de puiser des renseignemens auprès des parens ou des personnes connaissant les malades depuis longtemps.

Personnes affectées d'épilepsie dont les causes sont :

Peurs	105	Masturbation	3
Peur dans un rêve	1	Etat de couches	1
Chagrins	16	Convulsions d'enfance	12
Joie	3	Epilepsie congénitale sans cause	12
Emotion	3	Epilepsie congénitale avec peur de la mère	5
Vue d'épileptique	4	Causes inconnues ou douteuses	56
Apparition des règles	3		
Age critique	5		
Chute sur la tête	3		

Personnes affectées d'hystérie dont les causes sont :

Peur	10	Age critique	1
Chagrin	4	Vue d'épileptique	1
Amour contrarié	1	Cause inconnue	1
Apparition des règles	1		

Personnes affectées d'attaques épileptiques et hystériques dont les causes sont :

Attaques épilep.		Attaques hyst.	
Peur	1	Peur	6
Apparition des règles	1	Congéniale ou peur de la mère	1
Séjour à la Salpétrière ou imitation	5	Chagrin	2
Congéniale	1	Emotion	1
Cause inconnue	2		

Personnes affectées d'attaques composées de symptômes épileptiques et hystériques, dont les causes sont :

Peur	4	Vue d'épileptique	1
Chagrin	2	Causes inconnues ou douteuses	3
Tentative de suicide	1		
		TOTAL	273

Toute réflexion me paraît inutile après ce tableau ; seulement je ferai remarquer que parmi les personnes affectées d'attaques épileptiques et hystériques, cinq ont été prises d'épilepsie pendant leur séjour à la Salpétrière ; chez toutes, à l'exception d'une seule, l'hystérie s'est déclarée la première.

8.° *Ages auxquels se sont déclarées l'épilepsie et l'hystérie.*

Personnes affectées d'épilepsie chez lesquelles la maladie

a été congéniale.	17
S'est déclarée dans l'enfance à un âge indéterminé.	14
De la naissance à 6 ans.	22
de 6 ans à 12 ans.	43
de 12 à 16.	49
do 16 à 20.	17
de 20 à 30.	29
de 30 à 40.	12
de 40 à 50.	15
de 50 à 60.	4
de 60 à 61.	1
Age indéterminé.	9

Personnes affectées d'hystérie chez lesquelles la maladie s'est déclarée :

de 10 à 15 ans.	6
de 15 à 20.	7
de 20 à 30.	3
de 30 à 40.	1
de 40 à 50.	1
de 50 à 60.	1

Personnes affectées d'attaques épileptiques et hystériques chez lesquelles la maladie s'est déclarée :

de 12 à 15.	3	Attaques épileptiques.
de 15 à 20.	4	
de 20 à 30.	1	
de 30 à 40.	1	
Congéniale.	1	
de 11 à 15.	5	Attaques hystériques.
de 15 à 20.	2	
de 20 à 30.	2	
Congéniale.	1	

Personnes affectées d'attaques composées de symptômes d'épilepsie et d'hystérie, chez lesquelles la maladie s'est déclarée :

de 7 à 10.	2
de 10 à 15.	2
de 15 à 20.	3
de 20 à 30.	1
de 30 à 40.	4

On voit que l'époque de la menstruation est celle où l'épilepsie et l'hystérie ont apparu en plus grande proportion. Je ferai remarquer qu'à l'âge de 30 ans, l'épilepsie pure s'est déclarée chez neuf individus, tandis que les âges voisins sont beaucoup moins chargés; est-ce là une simple coïncidence, ou l'effet d'une circonstance occasionnelle qui nous échappe ?

9.° *De l'influence médiate ou immédiate de la cause sur l'apparition de la maladie.*

La circonstance qui agit comme cause peut être suivie immédiatement de l'affection épileptique et hystérique, ou bien être séparée d'elle par un intervalle plus ou moins notable ; mais dans ce dernier cas il y a ordinairement des phénomènes particuliers, tels que de la céphalalgie, des tremblemens, des syncopes, etc., etc., qui établissent une sorte de liaison entre la cause et l'invasion de la maladie, et que l'on peut considérer comme des symptômes d'incubation. Voici les proportious de ces deux modes d'influence :

Epileptiques chez qui la cause a été immédiatement suivie du développement de la maladie.		68
Chez qui la cause n'a pas été suivie immédiatement de la maladie.		49
Chez qui il était difficile de savoir si l'effet était médiat ou immédiat.		41
Chez qui cette appréciation a été impossible, la cause étant inconnue et la maladie étant congéniale.		74
Hystériques chez qui l'effet a été immédiat.		9
médiat.		8
douteux.		2
Personnes atteintes d'attaques épileptiques et hystériques séparées chez qui		
l'effet a été immédiat.	Attaques épileptiq.	1
douteux.	Attaques épileptiq.	1
impossible à apprécier.	Attaques épileptiq.	8
immédiat.	Attaques hystériq.	2
médiat.	Attaques hystériq.	7
impossible à apprécier.	Attaques hystériq.	1

Personnes atteintes d'attaques composées de symptômes épileptiques et hytér. chez qui l'effet a été immédiat. . . .	4	
médiat.	3	
douteux. . . .	2	
impossible . . .	2	
TOTAL. . .	273	

Ce qui ressort de ce résumé, c'est que le développement immédiat de la maladie épileptique est plus commun que le médiat, d'un tiers environ ; tandis que chez les hystériques ils sont en proportion à-peu-près égale. Comme complément à cette question, je vais donner l'état des personnes chez qui la cause a agi au moment des règles.

Epileptiques chez qui la cause a agi dans le moment des règles.	30	
Chez qui l'effet a été immédiat.	17	
médiat.	9	
douteux.	4	
Hystériques chez qui la cause a agi dans le moment des règles.	2	
Effet immédiat.	2	
Personnes affectées d'attaques épileptiques et hystériques chez qui la cause a agi dans le moment des règles.	2	
Effet immédiat. . . .	1	Attaques hystériq.
médiat. . . .	1	
Personnes affectées d'attaques composées de symptômes épileptiques et hystériques chez qui la cause a agi au moment des règles. . .	2	
Effet immédiat.	1	
médiat.	1	

On voit que dans les cas où la cause a agi pendant les

règles, la proportion des effets immédiats a augmenté seulement pour l'épilepsie. J'ajouterai que, dans tous ces cas, les règles se sont suspendues, hormis deux exceptions; elles ne sont revenues qu'un temps plus ou moins long après l'apparition de la maladie, presque toujours peu abondantes ou irrégulières.

10.° *Hérédité.*

Épileptiques.

Père épileptique.	9
Mère épileptique.	7
Aïeul paternel épileptique. . .	1
Tante maternelle épileptique. .	1
Sœurs épileptiques.	2
Frère épileptique.	1
Cousin maternel épileptique. . .	1
Mère hystérique.	4
Tante maternelle aliénée. . . .	1
Mère aliénée.	1
	28

Hystériques.

Mères hystériques.	2
Cousin aliéné.	1

On sera étonné de la faiblesse de ce chiffre, quand on pensera que les auteurs regardent la maladie épileptique comme liée presque toujours à des circonstances héréditaires. Je ne prétends pas cependant donner le résumé précédent comme entièrement sûr, et il est très-possible qu'on m'ait souvent caché la vérité; car les malades, et même les parens, ont toujours de la répugnance à avouer que l'épilepsie soit héréditaire dans leur famille.

11.° *Paralysie et aliénation compliquant l'épilepsie.*

Hémiplégies.	25
droites.	17
gauches.	8
survenues avant l'épilepsie. .	4
après l'épilepsie. . . .	2
en même temps que l'épilepsie.	19
	25

Ces hémiplégies existent ordinairement avec atrophie notable des membres paralysés ; la plupart sont le résultat de *convulsions* d'enfance, de *fièvres cérébrales*. Ordinairement la sensibilité n'est pas détruite dans le membre, les mouvemens seuls en sont incomplets ou impossibles. Chez trois personnes, le côté hémiplégique était le siège de douleurs assez vives après l'attaque épileptique. Chez une quatrième, la douleur précédait immédiatement l'attaque dont elle était le prodrôme habituel. Enfin, chez plusieurs de ces hémiplégiques, les traits de la face sont, pendant la période de spasme de l'accès, tiraillés du côté de la paralysie.

Outre ces paralysies fixes et permanentes, il y en a d'autres mobiles et passagères ; mais celles-ci ne se rencontrent qu'après les attaques hystériques. Elles existent le plus souvent avec perte complète de sensibilité et de mouvement ; j'en ai observé une de ce genre chez une hystéro-épileptique dont le membre inférieur gauche, entièrement paralysé après une attaque, ne recouvra la sensibilité et le mouvement qu'au bout de quatre mois. Une autre personne affectée d'hystérie fut, pendant une année, prise de paralysie après chaque attaque ; chaque fois la paralysie changeait de place, et durait jusqu'à l'attaque suivante ; ainsi l'on vit successivement les bras, les jambes, la langue, les yeux, etc., perdre et retrouver leurs facultés contractiles ou sensitives.

Quant à la complication de l'épilepsie avec les divers genres d'aliénation, je ne peux rien donner de complet, et en voici la raison : aussitôt qu'une épileptique était prise d'une manie violente, d'une mélancolie continue avec tendance au suicide, etc., on l'évacuait de la section des épileptiques à laquelle j'étais attaché, dans celle des aliénées où la surveillance était plus exacte et les moyens de répression plus faciles. On voit par là que le chiffre des complications d'aliénation dans la section des épileptiques, ne devait pas être considérable ; il n'était que de 33, et se composait ainsi :

Manies intermittentes indépendantes des attaques....	9
—Arrivant après les attaques ou vertiges.........	14
—Pendant les attaques avec paroxysme..........	6
Mélancolie intermittente avec propension au suicide...	4

Tous ces cas d'aliénation appartenaient à l'épilepsie, à l'exception de deux seulement qui se présentaient dans l'intervalle des paroxysmes d'attaques hystériques. Je n'ai pas compris dans ce résumé cette dégradation intellectuelle qui accompagne l'épilepsie ; c'est moins une complication que le résultat de la maladie, quand celle-ci dure depuis un certain temps et qu'elle a acquis de l'intensité. Au reste, la même circonstance que j'ai indiquée m'eut empêché de donner l'état complet des personnes atteintes de démence épileptique.

12.° *Rapport de l'apparition de la menstruation avec le développement de l'épilepsie et de l'hystérie.*

Pour obtenir ce rapport, j'ai dressé trois listes : 1.° celle des personnes chez qui la menstruation existait déjà, quand elles avaient été affectées d'épilepsie ; 2.° celle des personnes chez qui le mal était antérieur à la menstruation ; 3.° enfin celle des personnes réglées et atteintes d'épilepsie ou d'hystérie dans la même année, sans autre renseignement plus positif. J'ai écarté de ces trois listes

32 individus chez qui l'époque de la menstruation ou de l'apparition de la maladie était inconnue, huit personnes non encore réglées, et huit autres affectées d'une irrégularité extrême dans la menstruation, ou de suppressions intermittentes. Il est donc resté, après cette déduction, 227 individus ainsi classés :

Chez qui la menstruation a eu lieu avant le développement de la maladie.	110
Chez qui le développement de la maladie a précédé la menstruation.	82
Chez qui la menstruation et la maladie ont apparu dans la même année.	35

J'ai pris la moyenne de l'âge de la menstruation dans ces trois catégories, et je l'ai trouvée de 14 ans 31/55 pour la première, de 16 ans pour la seconde, et de 14 ans 29/35 pour la troisième. Ce résultat vient donc confirmer l'opinion des auteurs, que l'épilepsie retarde l'époque de la menstruation.

13.° *De l'état du pouls.*

Voici le nombre des personnes épileptiques et hystériques classées d'après l'état de leur pouls :

De 120 à 124 pulsations.	4 personnes.
De 110 à 120.	16
De 100 à 110.	32
De 90 à 100.	59
De 80 à 90.	106
De 70 à 80.	42
De 60 à 70.	12
De 50 à 60.	1
De 40 à 50.	1

Voici un autre tableau indiquant la moyenne du pouls suivant les âges :

	personnes.	pouls moyen.
Au-dessous de 10 ans. . .	1. . . .	115
De 10 a 20. . . .	25. . . .	86
De 20 à 30. . . .	73. . . .	87
De 30 à 40. . . .	50. . . .	83
De 40 à 50. . . .	57. . . .	85
De 50 à 60. . . .	33. . . .	84
De 60 à 70. . . .	25. . . .	84
De 70 à 79. . . .	9. . . .	80

On voit que la moyenne du pouls varie peu suivant les âges, de 80 à 86; cependant quelque légère que soit cette variation, on peut remarquer que sa fréquence est en raison inverse de l'âge. Ce résultat est donc opposé à celui que MM. Mitivié et Leuret ont obtenu chez les aliénés, et infirme leur opinion que le pouls est en raison directe de l'âge. Mais en même temps il restreint l'idée ancienne que le pouls est d'autant plus accéléré que l'on est plus jeune, et qu'alors la différence est considérable. On pourrait donc adopter définitivement une opinion intermédiaire aux deux dont il vient d'être question, si j'avais opéré sur un chiffre plus fort.

14.° *Influence des variations atmosphériques sur la production des attaques.*

J'ai voulu savoir si les influences atmosphériques étaient pour quelque chose dans la production des attaques dont le nombre varie, comme on sait, tous les jours. Pour cela j'ai tenu un état de ces attaques et des heures où elles arrivaient, d'après les renseignemens les plus positifs de personnes intelligentes que j'avais chargées de ce soin. Ces observations quotidiennes ont été prises depuis le 7 octobre jusqu'au 20 novembre suivant, et je les ai comparées ensuite avec les observations météorologiques empruntées au *Journal de physique* de MM. Gay-Lussac et Arago. Je dois dire qu'il m'a été impossible de saisir entr'elles le

moindre rapport de coïncidence, et j'ai dû en conclure que pendant le laps de temps sus-mentionné, l'influence atmosphérique avait été nulle sur la production des attaques. Ce résultat, tout négatif qu'il est, mérite d'être pris en considération, et prouve, sinon que les différentes variations dans le retour des attaques épileptiques et hystériques ne sont pas sous la dépendance de certains états de l'atmosphère, du moins que cette dépendance n'est pas constante.

Là se termine la série des points que j'ai abordés. On a vu que certains d'entr'eux confirment ou infirment d'une manière précise quelques opinions des auteurs, et que d'autres nous ont conduits à des résultats qui ne sont, à ma connaissance, consignés nulle part. Sous ce point de vue, les recherches précédentes me paraissent pouvoir éclairer l'histoire de l'épilepsie et de l'hystérie, en servant à la confection de travaux plus importans sur ces deux maladies.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Mémoire sur l'élimination d'une portion de l'intestin, par suite d'invagination; par WILLIAM THOMSON (1).

La science possède un assez grand nombre de faits dans lesquels on a vu une portion plus ou moins considérable de l'intestin séparée du reste du canal, et éliminée par l'anus. Mais jusqu'à présent on n'avait point réuni et rapproché ces faits épars dans divers ouvrages, et l'on n'avait point essayé d'en tracer l'histoire générale. Tel est le but que s'est proposé le docteur Thomson, dans le mémoire dont nous donnons un extrait. Ce travail renferme trente-

(1) *The Edinb. med. and surg. Journ.*, octobre 1835.

cinq observations prises à des sources très-différentes. L'auteur les a divisées en trois séries. La première comprend celles dont les sujets vivaient au moment où on les a publiées ; la seconde, celles dont les sujets étaient morts, mais sans qu'on ait fait l'inspection cadavérique ; la troisième enfin, celles où cette inspection a pu être faite.

Nous ne reproduirons point les observations qui font la base de ce travail ; nous nous bornerons à indiquer à la suite du résumé de l'auteur les sources où il les a prises, et nous mettrons ainsi chacun à même de vérifier les assertions du médecin anglais. Mais nous donnerons dans son entier ce résumé qui paraît avoir été fait avec soin.

I. *Fréquence et mortalité relatives suivant le sexe.* — Sur les 35 cas recueillis par l'auteur, il n'y en a qu'un seul (33ᵉ) où le sexe ne soit point mentionné. Sur les 34 autres, 20 eurent lieu chez des hommes, et 14 chez des femmes. Parmi les 20 premiers, 13 appartiennent à la première série (1. 2. 3. 4. 5. 7. 8. 9. 11. 12. 14. 15. 16.) ; 7 appartiennent à la seconde et à la troisième (17. 18. 25. 27. 29. 31. 35.) Parmi les 14 femmes, 3 appartiennent à la première série (6. 10. 13.), et 11 à la seconde et à la troisième (19. 20. 21. 22. 23. 24. 26. 28. 30. 32. 34).

Il résulte de ces données que, relativement à la fréquence, la proportion est plus grande pour les hommes ; mais qu'elle est plus forte du côté des femmes, pour la mortalité.

II. *Influence de l'âge sur la production de la maladie et sur la mortalité.* — Dans cinq cas, l'âge n'est pas noté (3. 11. 12. 33. 34.) Cependant dans l'un d'eux (12), le malade était jeune, et dans un autre (34) il était de moyen âge. Sur les 30 autres, 7 avaient moins de 15 ans (6. 14. 15. 18. 27. 29. 31.); 7 étaient entre 16 et 30 ans (4. 9. 16. 17. 19. 21. 30.), 12 étaient entre 31 et 50 (1. 2. 5. 7. 8. 10. 20. 23. 25. 26. 28. 35.), et 4 étaient au dessus

de 50 (13. 22. 24. 32) ; de telle sorte que nous trouvons 14 malades au-dessous de 30 ans, et 16 au-dessus de cet âge. Des 14 cas au-dessous de 30 ans, 6 appartiennent à la première série, et 8 à la seconde et à la troisième. Des 16 cas au-dessus de 30 ans, 7 appartiennent à la première série, et 9 à la seconde et à la troisième.

Ainsi, l'âge ne paraît pas avoir d'influence marquée sur la mortalité.

III. *Relation de l'âge et du sexe, sous le rapport de la fréquence relative.* — Des 14 cas au-dessous de 30 ans, 10 avaient des hommes pour sujet, 4 des femmes. Des 16 cas au-dessus de 30 ans, 7 appartiennent à des hommes, 9 à des femmes.

Ainsi la proportion des hommes était plus considérable que celle des femmes, au-dessous de 30 ans, et c'était le contraire au-dessus de cet âge.

IV. *Partie de l'intestin éliminée.* — Dans 3 cas sur 35 (12. 15. 28.), on ne dit point à quelle région du canal intestinal appartenait la portion qui a été évacuée. Sur les 32 autres, elle provenait exclusivement de l'intestin grêle dans 22 ; dans 3, en partie de l'intestin grêle, et en partie du gros; dans 7, seulement de ce dernier. Parmi les 22 cas où la portion éliminée appartenait exclusivement à l'intestin grêle, trois fois (2. 29. 32.), elle parut être une portion du jéjunum, trois fois (17. 19. 24.) du jéjunum et de l'iléum, onze fois de l'iléum seulement (5. 7. 10. 22. 23. 27. 30. 31. 33. 34. 35.), enfin cinq fois (4. 8. 13. 16. 18.) on n'a pas indiqué cette circonstance. Sur les 3 cas dans lesquels la portion éliminée appartenait en partie à l'intestin grêle, en partie au gros, il y en a un où elle était constituée par l'extrémité inférieure de l'iléum réunie au cœcum (obs. 1re) ; dans les deux autres, à ces parties était ajoutée une portion du colon (14. 25.). Sur les sept cas où elle dépendait exclusivement du gros intestin, une fois (9) elle était formée par le cœcum, trois fois (6. 21.

26.) par le cœcum avec une portion du colon, deux fois (3. 20.) par une portion du colon; dans un seul cas (11.) la portion précise du gros intestin n'est point indiquée.

V. *Longueur de la portion d'intestin éliminée, et circonstances diverses qui lui sont relatives.* — La longueur a varié entre 6 et 40 pouces, et il ne paraît pas qu'il y ait aucune relation entre la longueur de la portion éliminée et la région du canal intestinal d'où elle provenait. Dans presque tous les cas, le *séquestre intestinal* fut éliminé en une seule pièce. Dans un cas (9), on dit qu'il fut rendu en plusieurs fragmens. Dans un autre (16), il y eut deux portions d'inégale longueur, la première de 20 pouces, et la seconde de 6, évacuées à un jour d'intervalle. Dans quelques cas (8. 16. 25.), quelques lambeaux d'intestin ou des fragmens qui en avaient l'apparence, furent rendus après la sortie de la portion principale. Dans presque tous les cas, un lambeau du mésentère ou du mésocolon était attaché à la portion éliminée. Dans un cas (7.), une glande mésentérique put être reconnue. Dans quelques cas, un fragment d'épiploon adhérait au *séquestre intestinal.* Bien qu'une portion d'intestin invaginée se compose nécessairement de deux replis au moins, le *séquestre intestinal* ne se trouva double que dans deux cas. Dans l'un de ces cas (12.), il offrait des traces d'un renversement incomplet; dans l'autre (16.) il était renversé complètement. Dans tous les autres cas, il paraît que la duplicature s'était défaite à mesure que le *séquestre* descendait dans la cavité du canal intestinal.

VI. *Symptômes qui ont précédé l'évacuation de la portion d'intestin.* — Dans la plupart des cas, les symptômes furent ceux de l'iléus, mais dans deux au moins (2. 6.), on observa ceux de la diarrhée, et dans un (16.), ceux de la dysenterie. Dans un grand nombre de cas, il y eut des vomissemens, et dans plus du tiers de ces derniers, il y eut une époque où les vomissemens devinrent stercoraux.

(3. 4. 6. 8. 13. 15. 18. 21. 23. 24. 28. 35.) Dans plusieurs cas, des vers furent rejetés par le vomissement. Parmi ces derniers, il y en eut où, en même temps, les vomissemens étaient stercoraux (8. 28.), tandis que pour les autres (9. 19. 29.), on ne dit point que les vomissemens aient eu ce caractère.

Dans les cas où les symptômes prirent les caractères de ceux de l'iléus, il y eut d'abord une constipation qui varia beaucoup quant à la durée. Dans la plupart de ces cas, les selles se rétablirent plus ou moins longtemps avant l'élimination de la portion séparée. Toutefois, dans quelques cas, la constipation paraît avoir persisté jusqu'au moment de l'élimination (5. 6. 23.) Dans les cas où les symptômes furent ceux d'une diarrhée, il n'y eut aucune période de constipation dans tout le cours de la maladie. Dans celui où la maladie fut une dysenterie, il est dit que les selles devinrent rares ou presque supprimées. Dans ces cas, admettra-t-on que le canal intestinal conservait encore, au niveau de l'invagination, assez de capacité pour permettre aux matières de franchir cette partie, ou bien que les déjections se composaient des matières qui s'étaient accumulées préalablement au-dessous du siège de l'invagination, ou enfin de celles qui s'étaient sécrétées ultérieurement à la surface interne de l'intestin ?

Les matières rendues avant l'évacuation de la portion éliminée, varièrent beaucoup pour la nature et se composèrent dans des proportions très-diverses de matières fécales, de mucosités, de sanie et de sang. Dans quelques cas, on ne paraît avoir observé aucune évacuation de sang, tandis que dans d'autres du sang pur fut rendu en grande quantité (17. 20). Dans aucun cas, on ne dit que la constipation soit revenue après que les selles se furent rétablies, excepté dans un seul (obs. 1.re) où la portion éliminée semble avoir agi à la manière d'un bouchon.

VII. *Causes de l'affection pendant laquelle une portion*

d'intestin fut éliminée. — Dans la plupart des cas, on ne put assigner aucune cause à cette affection. Dans quelques cas (1. 5. 8 ? 27.), la maladie succéda à une violence extérieure; dans un cas, à des efforts considérables pour réduire une hernie ombilicale (24.) Dans quelques cas, il est dit que le malade était habituellement constipé; enfin dans quelques autres, on attribue une influence fâcheuse à l'espèce d'alimentation dont le malade faisait usage.

VIII. *Durée de la maladie depuis son début jusqu'au moment de l'élimination.* — Cette durée semble avoir varié notablement dans les divers cas. — Une fois l'élimination eut lieu le sixième jour de la maladie (6); quatre fois le septième ou le huitième (13. 21. 26. 31.) Dans la grande majorité des cas, cette élimination était achevée avant le trentième jour. Dans un cas (2.), elle se fit attendre plus d'un mois; une autre fois (9), quarante jours. Enfin dans un cas (27.), où la maladie fut attribuée à une violence extérieure, il s'écoula plus d'un an entre cette lésion et l'élimination de l'intestin.

IX. — *Espace de temps qui s'écoula entre l'élimination de l'intestin et la mort.* — Il y eut sous ce rapport de grandes variations. Dans un cas (17.), il ne s'écoula que quelques heures; dans un autre, six jours (21.); dans d'autres, treize, dix-neuf, vingt-et-un et vingt-neuf jours; dans un grand nombre, de six semaines à deux mois (18. 19. 24. 26. 27. 28. 29.); enfin, dans quelques-uns, de trois à cinq mois (30. 31. 32.).

X. — *Causes de la mort dans les cas où la terminaison fut malheureuse.* — Dans quelques-uns de ces cas, la mort semble avoir été causée par la lésion de l'intestin, ou par l'affection inflammatoire qui produisit cette lésion. Dans d'autres cas, elle parait avoir été occasionnée après une guérison plus ou moins complète, par suite des changemens opérés dans le canal intestinal. Dans un petit nombre de cas, elle put être attribuée à une cause qui n'était point

liée, suivant toute apparence, avec la lésion du canal intestinal.

Dans cinq cas, la mort put être attribuée aux changemens survenus dans le canal intestinal, consécutivement à la guérison de la lésion première. Dans quatre de ces cas (18. 28. 30. 32.), l'attaque parut être déterminée par une indigestion, dans l'autre (26.) par un exercice trop violent. Dans trois cas, la mort parut dépendre d'une cause étrangère à l'affection du canal intestinal. Dans l'un (19.), il survint une hydropisie; dans un autre (31.), le malade fut pris d'une fièvre typhoïde, environ quatre mois après l'élimination. Dans le troisième (35.), le malade mourut d'une fièvre maligne après un intervalle de plus de deux ans. Faisant abstraction de ces huit cas, il reste onze dans lesquels la mort semble avoir été produite par la maladie primitive (17. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 27. 29. 33. 34.).

XI. — *Résultats de l'inspection cadavérique.* — Nous devons d'abord porter notre attention sur l'état intestinal, relativement au mécanisme par lequel la solution de continuité a été restaurée, et un canal suffisant s'est rétabli pour le passage des matières.

Dans un cas (33.), tout ce que l'on dit à ce sujet, c'est qu'il y avait continuité de surface dans la membrane interne des deux portions d'intestin qui s'étaient trouvées ramenées au contact. Dans un autre cas (24.), où la réunion semble avoir été très-complète, la cavité de l'intestin n'était pas sensiblement contractée, malgré la formation de fortes adhérences entre le péritoine et le point de réunion. Dans un autre cas (31.), l'intestin était plissé et fortement revenu sur lui-même au niveau de la réunion, mais il restait assez de place pour le passage des matières fécales. Dans un autre cas (27.), l'intestin était contracté en un point, et, dans cet endroit, ses parois avaient acquis une dureté et une épaisseur remarquables; de sorte que la cavité de l'intestin était considérablement réduite. Dans un autre

cas (22.), le rétrécissement au niveau de la réunion était tel que le canal pouvait à peine admettre le petit doigt.

Dans un cas (25.), il est dit que la réunion était très-solide, mais, en ce point, il y avait un petit abcès, qui communiquait par un sinus avec un abcès situé sur le muscle psoas. Dans un cas (23.), la continuité du canal intestinal était maintenue, non au moyen de la réunion des deux portions entre lesquelles était située la portion éliminée, mais au moyen d'une communication qui s'était établie entre l'extrémité supérieure et une sorte de réservoir uni à la partie inférieure de l'intestin, à une très-grande distance du lieu où la séparation s'était opérée. Dans ce cas, l'orifice de la portion inférieure s'était oblitéré par suite d'un travail d'inflammation adhésive. Dans un autre cas (26.), il paraît que le bout supérieur de l'intestin s'était invaginé dans une étendue considérable, à l'intérieur du bout inférieur, en passant à travers l'une des deux perforations qui existaient dans ses parois.

Dans quatre cas, il existait une communication entre la cavité de l'intestin et celle de l'abdomen. Dans un de ces cas (28.), les bouts de l'intestin semblaient avoir été unis, puis séparés de nouveau par une inflammation gangreneuse. Dans un autre (30.), les deux bouts de l'intestin semblaient également avoir été séparés de nouveau, mais plutôt par déchirure que par suite d'un travail morbide local. Dans ce cas, il existait, au niveau de la réunion, un anneau épais, qui devait avoir rendu le passage très-étroit. Dans un autre cas (29.), ce ne sont point les bouts de l'intestin qui ont été séparés après avoir été unis, mais une déchirure s'était effectuée dans une sorte de pseudo-membrane qui s'était formée entre les deux bouts de l'intestin, et les avait maintenus réunis. Dans le quatrième cas (32.), où l'un des deux replis de l'intestin invaginé avait été seul séparé, puisque l'autre pli était resté, en partie ou en totalité, adhérent à la surface interne de la portion du

canal intestinal qui l'avait reçu, on trouva une crevasse dans le canal très-étroit qui servait de moyen d'union entre les deux bouts de l'intestin. Dans ce cas très-extraordinaire, l'ouverture de communication dans la partie inférieure de l'intestin était située à l'angle formé par la portion invaginée et la portion contenante.

Relativement à l'état des autres viscères de l'abdomen, dans un cas (23.), presque tout l'intestin grêle était agglutiné en une masse avec l'épiploon. Dans un autre cas (27.), les anses intestinales et l'épiploon étaient adhérens ensemble, au moyen d'une matière gélatiniforme. Dans un cas (26.), l'adhérence de l'épiploon s'opposa à l'épanchement des matières fécales dans l'abdomen. Dans un cas (21.), l'abdomen était rempli d'une sérosité purulente et fétide. Dans un autre cas (32.), l'épiploon était enflammé et offrait une consistance et une épaisseur anormales. La cavité abdominale et en particulier le bassin, renfermaient une quantité considérable d'un liquide puriforme, grisâtre. Dans plusieurs cas, on trouva des traces de gangrène sur le canal intestinal, à une distance plus ou moins grande du lieu où la séparation s'était opérée. Dans un cas (22.), plusieurs points de l'intestin avaient un aspect livide et presque gangréneux, et cependant on put l'insuffler. Dans un autre cas (24.), les intestins étaient gangrénés en plusieurs points, à une très-grande distance du lieu de réunion. Enfin, dans un autre cas (28.), non-seulement les bouts de l'intestin, d'abord réunis, avaient été séparés par la gangrène, mais encore toutes les parties adjacentes étaient gangrénées, et la partie moyenne du mésentère était très-noire.

XII. — *Circonstances particulières relatives à ceux des malades dont la guérison a eu une certaine durée.* — Un trait remarquable de l'histoire de plusieurs de ces malades, c'est la rapidité avec laquelle ils ont été, au moins en apparence, rendus à la santé. Dans plusieurs cas, le moment

de l'élimination a été séparé par un très-court espace de temps de celui où le malade a pu reprendre ses travaux. L'appétit semble aussi avoir été très-vif pendant les progrès de la guérison, et parmi quelques-uns des malades qui moururent enfin, ainsi qu'il a déjà été dit, la mort semble avoir été causée par le peu de mesure qu'ils mirent à le satisfaire, et surtout par l'influence fâcheuse qui résulta d'une alimentation mal choisie. Ces considérations doivent faire sentir l'importance des précautions qu'exigent les cas de cette espèce, lors même qu'on a le moins de raisons pour avoir des craintes.

1.re Série des observations.

Obs. 1. — J. P. Albrecht, De intestinorum insigni per alvum excretâ portione, superstite nihilominùs manente ægroto. Dans *Ephemer. med. phys. German.* Decur. iij, an. iij, obs. CXXIX, p. 227.

Obs. 2. — Dissertatio qua pars intestini jejuni per guttus inferius excreta, salvâ manente ægri vitâ, describitur, a J. Lembke et A. Westphal. — Gryphiswald, 1741; dans *Halleri Diss. med. pract.*, iij, 503. (N.° 97).

Obs. 3. — Recherches sur la gastrotomie, dans les cas de volvulus, etc., par Hévin; *Mém. de l'Acad. roy. de chir.*, T. 9, (édit. in-12). — Observation par M. Sobaux, p. 338.

Obs. 4. — Singular termination of a case of enteritis, by D.r Thomas Sanden, Chichester. Dans *Annals of medicine for* 1801, p. 293.

Obs. 5. — History of a case of a man who discharged by the anus a portion of the intestines full fourteen inches in length; by J. Bower, of Duncaster. Dans *Annals of medicine for* 1802, p. 345.

Obs. 6. — Case of intus-susceptio, which terminated favourably by the separation and discharge of the cœcum, with a portion of the colon and mesocolon; by M. J. M. Bowman, Ripon, Yorkshire. Dans *Edinb. med. and surg. Journ.*, T. 9, p. 492.

Obs. 7. — Case of recovery after the separation and discharge by stool of a portion of the ileum; by Alex. Renton, Surgeon, Pennicuik. Dans *Edinb. med. and surg. Journ.* T. 13, p. 447, et T. 16, p. 156.

Obs. 8. — Sur un iléus terminé par l'expulsion naturelle d'une

anse d'intestin grêle de dix-huit pouces de long, avec le mésentère correspondant, et par la guérison parfaite; par MM. Tuilier et Cruveilhier. Dans *Bulletins de la Faculté de Médecine de Paris*, 1818, N.° 9, T. 6, p. 207.

Obs 9. — Observation par M. Salgues. Dans *Journal de Médecine*, T. 36, p. 515. Voyez aussi : *Diss. med. de dejectione portionis intestinorum per alvum non semper mortiferâ; a* J. Platz. Tubingen, 1831, p. 6.

Obs. 10. — Case occurring in the practice of Thomas Cunningham, Esq. Surgeon, Tranent. (Ce fait est inédit; la pièce anatomique a été déposée dans le muséum du Collège royal des chirurgiens d'Edimbourg).

Obs. 11. — An account of a singular disease in the great intestine; by D.r Baillie. Dans *Med. and chir. Trans.*, T. 2, p. 449.

Obs. 12. — Practical observations on the diseases of the lower intestines; by Jones Howship: p. 108.

Obs. 13. — Dissertatio sistens observationem intestinorum partis intus-susceptæ et salvâ vitâ per anum dejectæ, a Hedinger; Berolini, 1828. (Cette observation se trouve aussi dans la dissertation déjà indiquée de Platz, p. 21).

Obs. 14. — Observation citée par Platz, p. 20, d'après Legoupil. (*Journ. génér. de Méd.*, octobre 1820).

Obs. 15. — Case of intussusception with sloughing of a large portion of intestine, voided by stool. By Levi Gaylord, M. D. of sodus, New-York. Dans *Amer. Journ. of med. sc.*, février 1830, et *Lond. med. Gaz.*; T. 6, p. 176.

Obs. 16. — Clinical illustrations of the more important diseases of Bengal; by William Twining. Calcutta, 1832. Obs. 22, p. 92.

2.me Série.

Obs. 17. — Georg. Franck de Frankenau, De intestini tenuis parte per anum exclusâ. Dans *Ephemer. med. phys. German.* Dec. 3, an. 5 et 6, obs. CLXXVII, p. 409.

Obs. 18. — Sur un homme qui a rendu à plusieurs reprises des portions d'intestin par les selles; par M. Salgues, chirurgien à Sens. Dans *Journal de méd., de chir.*, etc. T. 8, p. 266. 1758.

Obs. 19. — Fall wo eine frau noch neun wochen den abgang eines betræchtlichen Darmstucks überlebte; vom H. D. Hœflich in Græfenberg. Dans *Horn's Archiv.*, etc., T. 9, p. 278.

Obs. 20. — An account, etc.; by D.r Baillie. (*Loco citato*, p. 144).

3.me Série.

Obs. 21. — Sur un fait très-singulier, par M. Majault. Dans *Journ. de méd., de chir.*, etc. T. 5., p. 427, 1756.

Obs. 22. — History of case of ileus in which a considerable portion of the intestine was voided by stool; by William Dougall. Dans *Medical commentarics.* T. 9, p. 278

Obs. 23. — Medicinische und chirurgische Wahrnehmungen; vom prof. Schreger in Erlangen. Dans *Horn's Archiv*, T. 9, p. 275.

Obs. 24. — Recherches historiques, etc., par Hévin. Observation par M. Fauchon, p. 347.

Obs. 25. — Observation par M. Mullot. Dans *Bulletins des sciences*, par la Société philomatique, N° 95, 4e année, nivôse an 9.

Obs. 26. — Racconto di in fatto rarissimo di considerevole porzione d'intestino evacuato per secesso; anno 1805, Alessandria.

Obs. 27.—Remarks on procidentiæ ani, intussusceptio, etc., by D.r Alexander Monro. Daus *Phys. and liter. Essays*, T. 2, p. 353.

Obs. 28. — Sur une portion d'intestin entier dans tout son contour, de plus de 14 pouces de longueur, rendue par le fondement; par M. Guérin. Dans *Journ. de méd., chir.*, etc. T. 22, p. 552, 1765

Obs. 29. — Soprà una singolare dejezione d'intestino; memoria del Sig. Caldani. Dans *Memorie di matematica e di fisica della Soc. ital.*, etc. T. 16, parte 2, p. 82.

Obs. 30. — Traité d'anatomie pathologique, par Lobstein. T. 1, p. 146.

Obs. 31. — Case of recovery from intus-susception where fifteen or eighteen inches of the ileum separated and were discharged per anum; by J. Bush. Dans *Med. and phys. Journ.*, T. 1, p. 468, déc. 1823.

Obs. 32. — Observations anatomiques sur les suites étranges d'un volvulus; par M. Boucher. Dans *Mém. de mathémat. et de phys. présentés à l'Acad. roy. des Sc., par div. savans*, etc. T. 8, p. 601.

Obs. 33. — Description of the preparations contained in the museum of St. Bartholomew's Hospital. Part. 2, 14 th. series; p. 84.

Obs. 34. — Exceedingly rare case of intussusception, wherein upwards of a yard of intestine was removed. Dans *Lancet*, T. 9, p. 813.

Obs. 35. — Osservationi di una rottura singolare del tubo intestinale con perdita di un pezzo d'intestino e successiva stabile unione della due extremita. Dans *Memorie soprà alcuni pezzi morbosi, conservati nel Gabinetto patologico dell'universita di Padova.* Di F. L. Fanzago.

Dans une note supplémentaire insérée dans le même Journal (*The Edinb. med. and surg. Journ.*, avril 1836), le docteur Thomson a réuni les faits suivans, qui ne sont venus à sa connaissance qu'après la publication de son mémoire.

Obs. 36. — Nic. Gail. Beckers. De dolore ilei, ac corporis membranoei per alvum excretions. Dans *Ephem. med. phys. German.* Dec. 1, an. IV, and V, obs. LXVIII, p. 56.

Obs. 37. — Sur une portion des gros intestins, extraite par l'anus, par MM. Sebire, D.-M., et Gautier de Saint-James, maître en chirurgie, etc. Dans *Journ. de médec., chir. et pharmacie*, T. 64, p. 619.

Obs. 38. — Sœmmering. Translation of Baillie's morbid anatomy into German, with notes. Berlin, 1820, p. 122.

Obs. 39. — Intus-susception intestinale, suivie de l'excrétion, par les selles, d'environ trente pouces d'intestin grêle; et d'une portion du mésentère. Observation de MM. Bouniol et Rigal fils. Dans *Revue médicale*, août 1823, T. 11, p. 476, et dans l'*Anatomie pathologique* de M. Andral, T. 2.

Obs. 40. — Meckel. Handbuch der patholog. anatomie; B. I, Th. I, S. 339.

Obs. 41. — Chirurgische Geschicte, etc.; von. Leb. Ehreg. Schneidern; Funft. Theil, Chemnitz, 1771. (*Voyez* Richter's chirurg. Bibliothek, T. I).

Obs. 42. — Case which occurred in the pratice of D.r Forbes, of Chichester, described by D.r Carswell, in the article Mortification, in the *Cyclopædia of Practical medecine*. La plus grande partie de l'intestin est conservée dans le muséum de l'infirmerie de Chichester.

Obs. 43. — Cayol, (l'indication est incomplete).

De ces observations supplémentaires, les trois premières (36, 37 et 38) appartiennent à la première série; les deux suivantes (39 et 40) appartiennent à la seconde, et les trois dernières à la troisième.

REVUE GÉNÉRALE.

Revue des Thèses soutenues à la Faculté de Médecine de Paris, pendant l'année 1835.

Pour mettre quelque méthode dans l'analyse abrégée de ce que la masse des Thèses qui sont présentées chaque jour à la Faculté de Médecine de Paris, contient de plus important, nous rangerons les matières à-peu-près dans le même ordre que pour notre *Revue générale.* Nous examinerons donc successivement la partie chirurgicale, médicale et thérapeutique de ces Thèses. Un très-petit nombre d'entr'elles renferme des vues nouvelles sur quelques points de la science, une monographie originale : celles-là seront analysées avec quelques détails D'autres sont de bons travaux à consulter, des résumés où sont discutés avec soin des points spéciaux de l'art de guérir, la valeur de diverses méthodes, celle thérapeutiques de diverses opinions; nous les signalerons au public médical en indiquant le sens dans lequel auront été dirigées les recherches des auteurs. Enfin un grand nombre de Thèses, sans mériter d'être lues en entier, contiennent des observations intéressantes que nous extrairons. Comme les mêmes Thèses renferment quelquefois des faits appartenant à diverses branches de la médecine, on ne s'étonnera pas de voir quelques-unes d'entr'elles figurer dans plusieurs sections.

Anatomie pathologique; Pathologie.

Altérations du système artériel. — Ce travail, fait sous les auspices de M. Louis, est le résultat de l'examen d'environ 160 cœurs et systèmes artériels. Voici les principales conclusions auxquelles est arrivé l'auteur. La coloration rouge de la membrane interne des artères, sans autre altération, ne doit pas être considérée comme une lésion. Divisant les altérations qu'il a trouvées, en altération à marche primitivement chronique et à marche primitivement aiguë, il étudie d'abord ces dernières; il n'y en a qu'une seule espèce : c'est une exsudation plus ou moins épaisse, d'apparence et de consistance albumineuse, rosée ou transparente, incolore, très-adhérente à la membrane interne. Poursuivant la tranformation de cette exsudation, il arrive à ce résultat que les

plaques cartilagineuses ont débuté de cette manière, et rejette l'opinion de M. Andral, qui pensait que les plaques blanches dont il s'agit se développaient entre la membrane interne et la moyenne. Lorsque la production albumineuse dont nous venons de parler est sécrétée par plaques isolées, sa formation ne paraît pas déterminer de symptômes généraux, mais si elle envahit une grande surface, toute l'aorte, par exemple, des accidens formidables ont lieu, comme l'auteur l'a observé dans trois cas qu'il rapporte. Les symptômes ont été les mêmes dans trois cas: l'œdème accompagné d'un mouvement fébrile sans symptômes du côté du cœur ou des principaux organes essentiels à la vie, et à l'autopsie une même lésion s'est rencontrée, une fausse membrane tapissant la face interne de l'aorte dans toute son étendue. Voilà qui est bien différent de *l'aortite aiguë* telle qu'elle était décrite dans le traité de MM. Bertin et Bouillaud. Les altérations à marche chronique, sont les unes communes à tout le système artériel, les autres n'affectent que les artères des membres. Les premières commencent par de petits points jaunâtres qui, développés entre la membrane interne et la moyenne, peuvent éprouver plusieurs tranformations. D'après M. Bizot, les altérations décrites par les auteurs sous le nom de taches, de pustules, d'abcès, d'athéromes, de stéatomes, etc., ont toutes une même origine, savoir, la petite tache presqu'imperceptible développée sans trace d'inflammation entre les membranes les plus internes du tube artériel, et affectent toutes une même terminaison, l'ulcération. Ces taches peuvent aussi se transformer en des productions osseuses qui, jamais, selon M. Bizot, n'ont passé par l'état de cartilage. Dans les artères des membres, l'ossification paraît se faire dans l'épaisseur même de la membrane moyenne. Plusieurs autres conséquences moins importantes sont encore déduites des observations de M. Bizot. Nous renvoyons pour ce sujet à sa these, que devront lire tous ceux qui auront à s'occuper des maladies du système artériel. (Bizot, *Recherches sur les altérations du système artériel chez l'homme*, Thèse, N.º 195).

VALEUR DIAGNOSTIQUE DES DÉFORMATIONS DE LA POITRINE PRODUITES PAR LES MALADIES DES ORGANES THORACIQUES. — L'exploration et la mensuration du thorax de cent seize hommes dans la salle de M. Louis a fourni à M. Woillez les matériaux de ce travail. Les faits n'y manquent donc point; mais l'auteur n'en a peut-être pas tiré tout le parti possible; tout est jeté sur le même plan, et il est besoin d'un travail pénible pour en faire sortir les conséquences qu'il lui eût été facile de mettre en relief. Voici toutefois les principaux résultats de ces recherches utiles et consciencieuses.

Fréquemment les *saillies physiologiques* ont une forme semblable à celle des *saillies pathologiques*. Très-rares sur le *côté droit en avant*, et sur le *côté gauche en arrière*, les saillies physiologiques sont au contraire fréquentes sur le *côté droit en arrière*, et sur le *côté gauche en avant* (ces deux dernières se réunissent souvent). Des conséquences nombreuses découlent de ces faits ; nous les retrouverons plus loin.

A l'état *normal* le côté droit est à la *mensuration* seulement plus développé que le gauche. La mensuration est peu utile pour diagnostiquer une dilatation du thorax, si avant la maladie on n'a mesuré cette partie.

M. Woillez démontre d'abord que, le poumon tendant sans cesse à revenir sur lui-même en vertu de son élasticité, la dilatation de la poitrine ne pourra se produire qu'autant que cette élasticité, ou comme il l'appelle cette force *concentrique* qui applique les côtes contre le poumon sera détruite. L'auteur étudie successivement la valeur des déformations dans les diverses maladies. Dans la *pneumonie*, bien que le poumon soit évidemment augmenté de volume, il n'y a pas d'ampliation du thorax. Cette ampliation existe si le poumon *hypertrophié* l'est assez pour faire saillie hors de la poitrine à l'ouverture du cadavre. La saillie du thorax survient dans presque tous les cas d'*emphysème*. D'après ce que nous avons dit plus haut, elle doit avoir beaucoup plus de valeur à droite (en avant). La disparition de l'espace intercostal, n'ayant lieu que dans les saillies pathologiques, sera un bon signe pour distinguer ces cas des saillies physiologiques. Pour la *pleurésie*, M. Woillez remarque, avec la plupart des anatomo-pathologistes, que le liquide épanché ne s'accumule pas inférieurement pendant la première période ; ce qu'il explique en disant que la *force concentrique* n'étant pas détruite, le vide tend à se faire dans tous les points du thorax. Dans la deuxième période, au contraire, l'élasticité du poumon est détruite, le liquide s'accumule à la partie déclive, et quand il est en assez grande quantité la poitrine est dilatée. Examinant ensuite les rétrécissemens qui surviennent après la guérison des pleurésies, M. Woillez explique fort bien les apparentes irrégularités qu'on rencontre. Si, par exemple, après la guérison d'une pleurésie gauche avec épanchement considérable, le côté gauche ne paraît pas affaissé, c'est qu'il existait une de ces saillies si fréquentes que le rétrécissement n'a fait qu'affaiblir. *L'abaissement* du mamelon est un bon signe d'ancienne pleurésie ; car, dans les cas physiologiques où les mamelons ne sont pas au même niveau, c'est ordinairement sur le côté *déprimé* que se trouve le mamelon *le plus*

élevé. La saillie passagère du thorax est un bon signe de pleurésie partielle *costo-pulmonaire*. Dans les épanchemens aériformes des plevres, il ne saurait y avoir de dilatation du thorax, ni de compression du poumon, quand l'air venant du dehors la sortie de celui-ci est aussi libre que son entrée. La dilatation du thorax a lieu au contraire quand l'entrée du fluide dans la plèvre est facile et sa sortie difficile ou impossible. Les petites saillies avec *son mat* qui précèdent les tumeurs anévrysmales des gros vaisseaux sont de bons signes. La voussure, peu importante pour reconnaître une hypertrophie du cœur, puisqu'elle n'a lieu que dans le cas où le cœur est énorme est très utile au contraire pour le diagnostic de la péricardite. Sur trente-deux cas de cette affection, observés en quatre ans par M. Louis, la voussure fut notée trente et une fois. On ne peut, dit M. Woillez, la confondre avec les saillies physiologiques; celles-ci ne changent pas; celles de la péricardite augmentent et diminuent avec l'épanchement (E.-J. Woillez. Th. 1835. n.° 119).

De la présence de l'albumine dans l'urine.—La thèse de M. Desir, l'une des meilleures qui aient été présentées cette année à la Faculté, contient un historique complet de la question; elle renferme en outre des recherches nouvelles, dont nous ne pouvons que donner les résultats sommaires, il rapporte un très-grand nombre d'expériences pour tâcher de déterminer dans quelles maladies les urines deviennent albumineuses. Ces recherches, faites avec soin sur des individus atteints de maladies aiguës et chroniques, ont permis à l'auteur d'en déduire un certain nombre de propositions dont nous ferons connaître ici les principales. 1.° Toutes les fois que l'urine contient une matière coagulable par la chaleur et par l'acide nitrique, elle est albumineuse. 2.° Quand l'urine est albumineuse, il existe une lésion de l'appareil urinaire, ou de sa fonction. 3.° Dans le cours d'un traitement mercuriel, l'urine n'est pas albumineuse, à moins d'une maladie intercurrente de l'appareil urinaire. 5.° Dans une maladie aiguë, l'urine peut contenir une certaine quantité d'albumine durant plusieurs jours ; ce phénomène a quelquefois indiqué une congestion sanguine des reins, des uretères ou de la vessie. 6.° Chez un homme sain, l'urine peut être accidentelllement, et pendant vingt-quatre heures, albumineuse à la suite d'une excitation des voies urinaires. 6.° Lorsque l'urine contient beaucoup de mucus et qu'elle est albumineuse, s'il existe en même temps des douleurs suivant le trajet des uretères ou dans la région des reins, des symptômes doivent être rattachés à une inflammation aiguë de la membrane muqueuse des calices, des bassinets ou des uretères, et non à une inflammation de la substance propre des reins.

6.° L'urine est alcaline dans un certain nombre de néphrites, et sans qu'il y ait rétention prolongée d'urine dans la vessie. 7.° L'urine albumineuse, chargée de matière colorante du sang et rendue habituellement, est un des principaux symptômes du cancer ou des tumeurs fongueuses de l'appareil urinaire. (Désir, *De la présence de l'albumine dans l'urine, considérée comme phénomène et comme signe dans les maladies.* Thèse. Paris, N.° 364).

Inflammation des muscles; *Obs.* — Un mécanicien d'environ quarante ans, d'une constitution nerveuse, s'étant adonné avec ardeur à l'exercice de son état, dans un atelier humide et dans des circonstances où il devait employer beaucoup de forces, éprouva bientôt des lassitudes générales qui ne le déterminèrent au repos qu'après avoir acquis un haut degré d'intensité. Forcé enfin de garder le lit, il ne tarda pas à éprouver, dans les membres particulièrement, des douleurs qu'exaspérait le plus léger mouvement. Les symptômes généraux étaient à peine sensibles; peu de fièvre, soif modérée, chaleur générale paraissant naturelle; mais une insomnie fatigante concourait à excéder le malade. Tels avaient été les phénomènes observés jusqu'à son entrée à l'hôpital Saint-Louis, où il fut admis dans le service de M. Biett. De plus, on remarquait alors le long des membres des tumeurs alongées, fusiformes, sans changement de couleur ni de chaleur à la peau, mais sensibles à la pression, surtout quand on provoquait quelque mouvement dans les parties correspondantes. Les antécédens, la forme des tumeurs, qui dessinait parfaitement celle des muscles, dont le volume exagéré occasionnait leur étranglement dans les enveloppes aponévrotiques; les douleurs qui devenaient atroces lorsqu'on sollicitait la moindre locomotion : telles furent les raisons puissantes qui me conduisirent à reconnaître une myotite que je n'avais jamais vue, mais qui se décélait par des symptômes bien tranchés. Après l'analyse des symptômes locaux et l'exclusion de l'altération des tissus environnans autres que le musculaire, M. Biett arriva à confirmer mon diagnostic. Un traitement antiphlogistique, quelques opiacés et la diète, furent les moyens employés; les douleurs, persistant, eurent bientôt épuisé le malade, qui succomba le deuxième jour de son entrée, environ cinq jours après le début de la maladie.

L'autopsie permit de compléter cette observation : les aponévroses d'enveloppe étaient éminemment distendues, et leur incision donnait issue sur le champ à une pulpe grisâtre, homogène, dans laquelle il était impossible de distinguer les élémens fibrillaires,

cellulaires, nerveux ou vasculaires. Quelques-unes de ces tumeurs, moins avancées, permettaient encore de reconnaître la disposition des fibres musculaires, mais elles étaient évidemment ramollies et décolorées. (A. J. Petel, *Propositions*, Thèse, N.° 67).

Enfoncement des os du crane; guérison sans trépan. — Un boulanger âgé de 37 ans fut renversé par un coup de pied de cheval; il resta sans connaissance pendant sept jours. Au bout de ce temps, pendant lequel il fut saigné, purgé, etc., ses facultés intellectuelles revinrent peu à peu, mais, comme les mouvemens, elles restaient incomplètes. A son entrée à l'Hôtel-Dieu, quinze jours après l'accident, on observa à la tempe gauche un enfoncement de la largeur de la paume de la main et de 3 ou 4 lignes de profondeur à son centre. Il y avait une hémiplégie incomplète du côté opposé, et le malade avait de la peine à parler, à prononcer certains mots, à assembler des idées. Dupuytren lui fit mettre un séton sous l'influence duquel ces symptômes s'améliorèrent. Le malade fut saigné et purgé les jours suivans. A sa sortie, près d'un mois après son entrée, la langue seule était encore embarrassée. (J. A. Dur, *Propositions*, Thèse, N.° 20).

Des tumeurs érectiles. — Peu susceptible d'analyse, ce travail renferme une histoire complète de ces tumeurs. L'auteur en a observé quelques cas, et a mis à profit les travaux modernes, et en particulier ceux de MM. Terral et Lallemand, publiés dans ce Journal, il y a quelque temps. (E. Defrance, Thèse, N.° 267).

Sur la crépitation des gaines tendineuses. — Nous signalons ce travail de M. Poulain, aux médecins-praticiens. C'est une espèce de monographie entreprise d'après les conseils et sous les auspices de M. Velpeau, qui le premier a éclairé ce point de chirurgie. Parmi les observations que rapporte M. Poulain, nous citerons celle d'une contusion de la partie supérieure et antérieure du bras, suivie de crépitation de la gaîne de la longue portion du biceps, et qui fit croire à une fracture du col de l'humérus. Tout récemment un cas semblable s'est offert à l'observation d'un de nos collaborateurs, et ce n'est qu'après la cessation du gonflement qu'il reconnût l'erreur dans laquelle il était tombé en annonçant une fracture. (T. M. Poulain, Thèse, N.° 160).

Fracture de clavicule : fausse articulation. — M. Gorré rapporte que M. Velpeau a vu à la Pitié, un fort de la Halle affecté de pseudarthrose consécutive à une fracture de la clavicule, et qui pouvait exécuter sans gêne tous les mouvemens relatifs à sa profession. Nous lisons dans M. A. Petit (*Obs. clin.*, p. 297), qu'un homme

ayant eu une fracture de clavicule long-temps avant sa mort, on put examiner une fausse articulation qui avait été la suite de cet accident. Les deux pièces étaient entourées d'une capsule qui leur permettait de jouer l'une sur l'autre. Dernièrement encore M. Chassaignac a présenté à la Société anatomique un cas de ce genre. Le fragment externe se trouve engagé au-dessous de l'interne, qui offre à sa face inférieure une gouttière profonde dans laquelle on trouve l'insertion du muscle sous-clavier. La fausse articulation a lieu par deux points distincts; le fragment interne ne concourt que par les deux extrémités des bords de la gouttière. Le fond du canal n'est réuni au fragment externe que par un tissu fibreux. (F. Gorré, *Propositions*, etc. Thèse, N.° 218).

De la hernie inguinale intra-pariétale. — M. Dance, frère du médecin de ce nom, dont nos lecteurs ont été à même d'apprécier les travaux, ayant eu occasion pendant son internat, d'observer deux cas de hernie intrà-pariétale, a cherché à s'élever à une histoire générale de cette espèce de hernie dans laquelle la portion d'intestin herniée, au lieu de sortir par l'anneau, remonte plus ou moins haut dans l'épaissenr des parois abdominales. Ce qui est relatif au diagnostic et au traitement, surtout au manuel opératoire, mérite de fixer l'attention des praticiens; mais comme ces deux points essentiels sont peu susceptibles d'analyse, nous renvoyons le lecteur au travail même de M. Dance, où se trouvent consignées trois observations. (Cl. Dance, Thèse, N.° 45).

Maladies du sternum. — M. Roger-Dubos, dans sa dissertation inaugurale, a rassemblé et classé la plupart des faits publiés sur les maladies du sternum. Cette œuvre utile d'érudition, que nous ne pouvons pas analyser, sera recherchée. Il serait à désirer que les élèves qui, pendant le cours de leurs études, n'ont pas recueilli de faits assez importans pour en faire le sujet de leurs thèses, imitassent l'auteur de la dissertation que nous indiquons ici. (Roger-Dubos, *Recherches pour servir à l'histoire des maladies du sternum*. Thèse, N.° 9).

Oblitération de l'intestin et corps étranger dans le rectum. *Oblitération de l'intestin au niveau de la valvule iléo-cæcale; poche formée dans ce point contenant quatre-vingt-douze balles de plomb et cent vingt noyaux de prunes.* — Un homme de 32 ans, souffrait du ventre depuis quelque temps, avait des nausées, des vomissemens, rendait après beaucoup d'efforts, par le rectum, des matières liquides légèrement colorées. A la partie moyenne de l'abdomen on trouvait de l'empâtement et un peu de matité,

symptômes qui furent ensuite remplacés par l'apparition d'une tumeur de grosseur moyenne, inégale, bosselée, roulant sous la main. Ces symptômes firent croire à une affection des glandes mésentériques, et on traitait le malade dans cette opinion, lorsque près de deux mois après le début de sa maladie il succomba à une péritonite. — A l'autopsie, outre les caractères anatomiques de cette inflammation, on trouva une dilatation considérable de l'intestin grêle avec rétrécissement marqué des gros intestins. A la jonction de l'iléon avec le cœcum, était une poche à parois épaisses, adhérentes aux parties voisines, du volume d'une tête de fœtus, et formée aux dépens de l'iléon. Cette poche contenait cent vingt noyaux de prunes, quelques noyaux de cerises, et quatre-vingt-douze balles qui offraient sur toute leur circonférence de petites facettes de dépression. La valvule iléo-cœcale qui correspondait à la partie droite et inférieure de cette cavité était presque entièrement oblitérée, et ne présentait plus qu'un très-petit pertuis par lequel pouvaient passer tout au plus des matières liquides. Tous les autres organes étaient sains. Des renseignemens portent à présumer que l'affection primitive était une oblitération incomplète du canal intestinal, qui, s'opposant à la défécation, engagea le malade à avaler des noyaux d'abord, puis des balles, pour détruire l'obstacle qu'il supposait devoir exister.

Nous rapprocherons de cette observation un fait intéressant dont nous avons été témoin à la Salpétrière, et que M. A. Bérard a mentionné dans son travail sur le diagnostic : Chez une vieille femme qui portait à l'ombilic une tumeur volumineuse, donnant un sentiment non-équivoque de crépitation, on trouva un rétrécissement considérable de l'intestin ; derrière lui étaient accumulés plus de 600 noyaux de cerise, et au-devant de la masse intestinale était une collection de pus. La sensation qui résultait du frottement des noyaux de cerise les uns sur les autres était tellement identique à celle que produit l'emphysème du tissu cellulaire, qu'il y avait peu de moyens d'éviter l'erreur. Peu de temps après il se présenta dans le même service une autre femme dont l'abdomen présentait la même crépitation. Ayant encore présent à la mémoire le fait que nous venons de rapporter, tous les assistans crurent avoir affaire à la même maladie. Ce n'était, comme le démontra l'autopsie, qu'un kyste de l'ovaire rempli d'hydatides. Nous regrettons que M. Bérard n'ait pas rapproché cette observation de la première ; il y avait matière à d'amples réflexions.

Cette thèse renferme encore trois observations de *corps étrangers*.

introduits dans le rectum, recueillies à Marseille. Dans le premier cas, il s'agissait d'un pilon de bois introduit par la petite extrémité, la grosse étant enfoncée assez profondément dans l'anus; ni les pinces, ni les tenettes, ni les doigts ne purent avoir de prise sur elle. Des pinces articulées à la manière des branches du forceps, furent glissées très-haut contre le corps étranger, et l'extraction en fut faite. Néanmoins la mort survint trente heures après, causée par l'inflammation du rectum, suite des manœuvres exercées, soit par le chirurgien, soit par le malade. Le cas suivant est relatif à l'extraction d'une fourchette qu'un jeune homme s'était introduite dans l'anus. Les dents de l'instrument, situées à deux pouces de l'ouverture cutanée du rectum, pénétraient dans ses parois par la plus légère traction. A l'aide de tenettes on comprima les dents de manière à les réunir en une seule tige. L'extraction n'offrit plus alors aucune difficulté. La troisième observation est la plus curieuse : Un jeune homme s'introduit dans le rectum une fiole à eau de Cologne; les efforts de défécation ne pouvant plus l'en chasser, M. Raymonet essaye envain de la retirer à l'aide des doigts et de divers instrumens. Il a alors l'idée de diriger dans la bouteille elle-même, dont l'ouverture était inférieure, un instrument semblable à la pince de Hunter, dont les branches s'écartent à volonté à l'aide d'un anneau de coulisse. Le rebord interne du goulot de la bouteille offre un pouce de résistance suffisant, et le corps étranger est amené. (J. P. Dor, *Observations cliniques*, Thèse, 1835, N° 18).

Luxation du cubitus en bas et en avant sans fracture de l'olécrane. — Le 20 décembre 1818, le jeune Rollin, âgé de quinze ans, grand, maigre et pâle, mais jouissant d'une bonne santé, étant à patiner, se laissa tomber sur le coude droit, au moment où l'avant-bras était en semi-flexion sur le bras, en sorte que tout le poids du corps, augmenté par la vitesse de la chute, porta sur l'apophyle olécrane, poussa cet os en avant, et lui fit abandonner entièrement la poulie articulaire de l'humérus pour les chasser en avant et en bas. Appelé au moment de l'accident avant le développement du plus léger gonflement, le père de l'auteur put facilement constater le déplacement qui vient d'être décrit, et observa que l'avant-bras était allongé d'un bon pouce, c'est-à-dire de toute l'étendue de l'olécrane, dont le sommet reposait sur la partie inférieure de la poulie articulaire de l'humérus, où il pouvait glisser et permettre de faire exécuter à l'avant-bras des mouvemens d'extension forcée en arrière plus facilement qu'on ne l'imaginerait, sans

faire éprouver au blessé de fortes douleurs. Le radius avait été entraîné par le cubitus, et son articulation avec cet os n'avait nullement souffert; on sentait entre la tête du radius et l'extrémité de l'humérus un vide très-sensible; le mouvement d'extension forcée d'avant en arrière amenait le sommet de l'olécrâne entre le rond pronateur et le biceps, sous la peau du pli du bras. C'est dans cette position qu'il était facile de reconnaître l'état de l'apophyse dont la pointe faisait une forte saillie qui disparaissait quand on faisait cesser ce mouvement d'extension.

Pour opérer la réduction, dit M. Colson, je plaçai le blessé sur une chaise; un aide maintenait le corps dans la position verticale; je mis l'avant-bras en semi-flexion sur le bras, et un aide fut chargé de soutenir le poignet, pendant que de la main droite je saisis l'extrémité inférieure de l'humérus; puis je portai avec ma main droite l'extrémité de l'avant-bras en arrière, en bas et en dehors, pendant que de ma main gauche je dirigeai l'humérus en dedans. Je parvins ainsi très-facilement à faire reprendre à l'olécrâne sa position naturelle; j'appliquai un bandage imbibé d'*eau de Goulard*, et je plaçai le membre dans une écharpe. Le lendemain, la partie inférieure du bras, le coude, l'avant-bras et la main avaient acquis un volume considérable. Je fis appliquer des sangsues autour de l'articulation du coude, et couvrir tout le membre d'un cataplasme émollient, en ayant soin de maintenir l'avant-bras dans la semi-flexion, et de faire garder un repos absolu. Bientôt le gonflement diminua; les cataplasmes furent remplacés par des lotions émollientes, et huit jours suffirent pour faire disparaître le gonflement et la douleur. J'essayai alors de faire exécuter des mouvemens de l'avant-bras; ces mouvemens, d'abord très-bornés, devinrent de jour en jour plus étendus; en sorte qu'au quarantième jour le malade se servait de son bras avec facilité, et le faisait mouvoir en tous sens avec autant d'aisance et de force qu'avant la chute.

M. Colson s'est livré à des expériences pour expliquer le mécanisme de cette luxation dont la possibilité avait été niée dans presque tous les traités classiques de chirurgie. De ces expériences il est résulté pour lui, que la luxation pouvait être obtenue en faisant passer le bec de l'olécrâne en dedans, puis au-dessous de la trochlée humérale, en fléchissant fortement le coude en dehors, mais qu'elle se produisait beaucoup plus facilement en fléchissant l'avant-bras en arrière sur le bras. C'est par le premier de ces mécanismes que l'auteur explique la production de cette lésion dans une

chute. Supposez, dit-il, une chute sur le dos, la main portée en arrière pour prévenir la chute en arrivant sur terre par sa face palmaire, les doigts tournés en arrière. Dans cette position, le bras étant porté en arrière, et fortement rapproché de la ligne médiane du corps, on conçoit qu'il pourrait être forcément fléchi en dehors, et produire la luxation par le mécanisme qui veut que l'olécrâne passe en dedans, puis au-dessous de la trochlée. Telle cependant n'est pas la manière dont se produisit la lésion dans l'observation que nous avons transcrite. Ce cas semblerait en effet appuyer la doctrine de Bichat, qui dit, en parlant de la demi-flexion de l'avant-bras sur le bras : « On ne peut alors concevoir le déplacement que dans le cas où un effort violent appliqué par derrière sur l'olécrâne pousserait le cubitus en avant..... » Mais les résultats négatifs auxquels M. Colson est arrivé, en essayant de produire le déplacement sur le cadavre par ce mécanisme, le font penser qu'il y aura eu erreur dans le récit du blessé (A.-A. Colson. Thèse, 1835. n.° 29).

Considérations sur la luxation du fémur en bas et en dedans sur le trou obturateur. — Dans le procédé proposé et mis en pratique par M. Vétu, au lieu d'exercer sur le membre une extension plus ou moins forte et prolongée, on maintient la cuisse dans une demi-flexion sur le bassin, et la jambe dans une demi-flexion sur la cuisse, absolument comme le pratiquait Dupuytren dans la fracture du corps ou du col du fémur. Pour remédier à la légère abduction du membre, on fait incliner faiblement le malade sur le côté sain, en ayant soin, toutefois, de conserver un point d'appui au côté malade. Deux aides sont nécessaires, l'un pour fixer le bassin, l'autre pour maintenir solidement le membre sur l'espèce de double plan incliné dont on fait usage. Pour faire la coaptation, on embrasse des deux mains la partie postérieure de la base de la cuisse, puis on la soulève doucement, en la reportant un peu en arrière et en dehors. Il est bon de faire remarquer qu'alors on sent les muscles de cette partie se déprimer, fuir sur les côtés en laissant pénétrer la face palmaire des doigts dans leur écartement, jusque sous le fémur. Dans ce mouvement la tête de cet os abandonne le trou obturateur, arrive au niveau de la cavité cotyloïde, dans laquelle elle retombe avec bruit, moins alors en obéissant à la coaptation qu'à la contraction musculaire qui l'y entraine. Ce procédé, simple et peu douloureux, a été suivi d'un succès aussi prompt que facile entre les mains de son auteur, dans un cas de luxation qui avait résisté à des tentatives trois fois répétées d'après le procédé ordinaire, et

par des chirurgiens depuis longtemps exercés à cette manœuvre. (P. A. Vetu, Thèse, N.° 116).

Thérapeutique chirurgicale.

Tétanos traumatique : *emploi des saignées et de l'acétate de morphine à haute dose ; guérison.* — Nous nous bornerons à présenter un court résumé de cette observation précieuse par les détails et les résultats. — Fracture comminutive de l'humérus par éclat de bombe ; amputation douze heures après seulement pour refus du malade ; dès le lendemain, tétanos par suite de l'exposition à un air froid et humide. Traitement : 1.re période ou d'invasion et d'acuité : douze jours de durée ; 120 sangsues, quatre saignées, quatorze grains et demi d'acétate de morphine à l'extérieur, diète absolue, limonade végétale. La violence du mal a été combattue avec un avantage inespéré par ce traitement. 2.e Période : quinze jours de durée, soixante-neuf grains et demi d'acétate de morphine à l'extérieur, tant à la surface du moignon que sur des vésicatoires ; amendement notable. 3.e Période de terminaison, six jours de durée ; la méthode curative n'a consisté que dans l'usage d'une diététique appropriée, sous l'influence de laquelle les derniers caractères de l'affection se sont évanouis. (P. Thomassin, *Essai sur le tétanos traumatique*, These, N.° 193).

Opération de cataracte. — Cette Thèse renferme une statistique de l'opération de la cataracte dans plusieurs hôpitaux. L'auteur fait successivement connaître les résultats obtenus par les diverses méthodes d'opérer, les lésions qui suivent l'opération, les accidens de cette dernière : il compare ensuite la méthode d'opérer des deux yeux le même jour, ou en deux jours différens. (Il résulte de son tableau que l'avantage reste à la première). Enfin il termine en comparant entre eux les résultats obtenus à l'Hôtel-Dieu et à la Charité. (Lelièvre, *Propositions* ; N.° 50).

De l'emploi de l'excision et de la cautérisation a l'aide du nitrate d'argent fondu, dans l'ophthalmie blennorrhagique. (Thèse, 1835, n° 26; par E.-J. Julliard, de Genève.) — Cette thèse est une espece de monographie où sont discutés avec soin les divers points de l'histoire de l'ophthalmie gonorrhéique. L'auteur rapporte toujours des faits soit inédits, soit déjà publiés, à l'appui de son opinion. Il serait trop long d'exposer ici les raisons d'ailleurs assez connues qui lui font adopter l'inoculation du pus comme étant à peu près la seule cause de cette maladie. Nous ne reproduirons pas davantage les caractères qui la différencient des

ophthalmies catarrhale et syphilitique, chapitre emprunté en grande partie aux travaux des ophthalmologistes étrangers, et de Jüucken en particulier. L'auteur passe ensuite en revue les méthodes de traitement adoptées jusqu'à présent; il n'a pu rassembler dans les publications des ophthalmologistes que six cas de guérison par la méthode antiphlogistique pure, proportion infiniment petite par rapport aux cas d'insuccès qui y sont relatés. On ne doit pas accorder une confiance beaucoup plus grande au rétablissement de l'écoulement urétral, aux mercuriaux, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur. La méthode excitante, combinée avec les antiphlogistiques, la cautérisation même à l'aide du nitrate d'argent fondu, l'excision de la conjonctive, échouent également dans la plupart des cas. L'auteur termine en rapportant avec détails la méthode de M. Sanson, qui, comme on le sait, cautérise la partie palpébrale de la conjonctive, après avoir excisé la conjonctive oculaire, détruisant ainsi l'organe secréteur du pus dans toute son étendue, et mettant en rapport des parties dont les propriétés vitales, modifiées d'une manière différente, soient moins disposées à adhérer l'une à l'autre. Nous regrettons beaucoup que M. Julliard n'ait pas jugé à propos de donner plus de deux observations à l'appui de ce mode de traitement. La position de l'auteur lui aurait facilement permis de combler cette lacune trop importante, qui pourtant n'empêche pas sa thèse d'être une de celles qu'on pourra consulter avec fruit.

Staphiloraphie chez un enfant de deux ans et demi. — Cet enfant était tombé tenant dans la bouche le manche d'une raquette qui, violemment poussé dans la chute, avait fait au voile du palais une plaie à lambeau, dont la base tournée en arrière répondait à peu de distance du bord libre. Le lambeau était renversé par son poids sur la base de la langue; il s'était tuméfié depuis l'accident (arrivé deux ou trois jours avant), et son épaisseur avait contribué à une erreur de diagnostic. Croyant en effet voir à travers l'ouverture triangulaire du voile la paroi posterieure du pharynx, on avait pensé que le voile était entièrement perforé, tandis que la muqueuse postérieure du septum restait intacte; erreur du reste de peu d'importance. Une anse de fil double ayant été passée dans l'extrémité du lambeau, les chefs en furent ramenés par les narines à l'aide d'une sonde de Belloc à laquelle l'opérateur livra passage, en fendant dans une étendue suffisante la muqueuse restée intacte. Ces chefs furent noués à l'ouverture de la narine sur un cylindre de diachylum, qui servait de point d'appui, tandis que, d'un autre côté, un petit cylindre de diachylum était égale-

ment passé dans l'anse de fil appliquée contre le septum. Le lendemain, les parties offraient la coaptation la plus exacte. Quelques jours après la réunion était complète (T. Gorré. *Propositions*, etc., th. n.° 218).

Luxations de l'humérus ; nouveau procédé pour les réduire ; par Ch. Gérard. Th. N.° 201. — Depuis 15 ans, époque à laquelle M. Gérard a conçu ce procédé, il l'a employé treize fois avec succès ; mais toutes les luxations auxquelles il avait à faire étaient récentes. Il pense que, quelle que soit l'espèce de luxation, son procédé est convenable. Nous allons le transcrire ici d'après une de ses observations : « Le malade étant assis sur une chaise, un aide, placé du côté opposé à la luxation, passe ses bras autour du cou du patient, et de ses deux mains croisées sur l'épaule démise, oppose une résistance à l'effort que je dois faire pour remettre le bras. Placé du côté malade, je place mon avant-bras gauche sous la partie supérieure de l'os luxé, le plus près possible de l'aisselle ; je m'approche du patient, de manière à faire appuyer contre mon flanc l'extrémité cubitale de l'humérus luxé, en même temps que je le soutiens longitudinalement le plus près possible du tronc du malade. J'exécute alors sur l'articulation luxée une seule traction dirigée en haut et en dehors, et sans avoir besoin d'employer plus du tiers de mes forces, j'effectue la réduction qui s'opère d'un seul coup sans que le sujet ait eu le temps de se plaindre. »

Oblitération de l'artère brachiale, *par la compression exercée par le coussin placé sous l'aisselle dans l'appareil de Desault, pour la fracture de la clavicule.* — Un enfant de 12 ans, entré à l'Hôtel-Dieu de Paris, pour une fracture de la clavicule, fut soumis à l'emploi de l'appareil de Desault. Ce ne fut qu'après la troisième application qu'il accusa de la douleur à la partie interne du bras vers cette partie où se trouvait le point fixe du levier que formait l'humérus sur le coussin. On ne crut pas néanmoins devoir lever l'appareil avant le trentième jour. A cette époque la fracture était bien consolidée, mais au point indiqué, il existait une escharre qui avait oblitéré l'artère brachiale en ce point, comme on s'en assura par l'absence au-dessous de l'escharre des battemens qui existaient au-dessus La sensibilité et la chaleur du membre étaient conservées, il y avait seulement un grand engourdissement. Cependant quelques jours après, les battemens reparurent peu-à-peu dans la radiale, et à la sortie du malade, qui eut lieu après guérison de la plaie résultat de la chute de l'escharre, ils avaient repris leur état normal. (J. P. Dur, *Propositions*, Thèse, 1835, N° 20).

Ponction de l'abdomen, *dans un cas d'accumulation de gaz déterminée par une tumeur stercorale.* — Un étudiant en médecine, à la suite d'une orgie, fut pris de constipation. Pendant cinq ou six jours il n'y fit presque pas d'attention; mais bientôt se manifestèrent dans le ventre des douleurs vagues, contre lesquelles on employa vainement des sangsues, des cataplasmes, des bains, des lavemens émolliens. Les douleurs augmentèrent rapidement et devinrent très-vives, surtout au niveau de la fosse iliaque droite. Les antiphlogistiques furent abandonnés ; on administra quelques purgatifs, mais à faible dose, toujonrs sans succès. Cependant les accidens continuaient à marcher. L'abdomen était distendu par des gaz ; le diaphragme refoulé en haut n'exécutait que difficilement ses fonctions ; pouls petit, concentré ; anxiété extrême ; l'huile de croton, le jalap administré à haute dose par la bouche et l'anus n'eurent aucun effet. M. Maisonneuve remarquant alors que la distension des intestins par les gaz, en s'opposant à leur contraction combattait l'effet des médicamens, proposa la ponction de l'abdomen pour évacuer ce gaz. L'état imminent de suffocation fit accepter cette proposition d'abord avec quelque répugnance. Pratiquée dans le flanc gauche, la ponction donna issue à une grande quantité de gaz. Au reste, les accidens de suffocation disparurent, mais après deux heures de calme, violentes coliques abondantes, évacuations de matières endurcies. Mort dans la nuit. — *Autopsie.* La ponction siégeant sur le jéjunum est cicatrisée ; elle est entourée d'une légère ecchymose. Tout l'intestin grêle était dilaté sans être aminci ; le cœcum offrait dans son cul-de-sac, adhérent à la fosse iliaque, une large escharre gangréneuse qui commençait à se détacher, comprenait toute l'épaisseur des parois de l'organe, et était le point de départ d'une péritonite générale. (J. G. Maisonneuve, *Propositions*, etc., Thèse, N.° 101).

Résultats thérapeutiques des amputations. — Du résultat d'une soixantaine d'*amputations* chez les adultes, M. Gendron a tiré les corollaires suivans : 1.° les chances des succès sont grandes chez les personnes soumises depuis longtemps à une cause débilitante. (Sur 24 opérés, 15 guérisons, 9 morts). 2.° Les chances sont moyennes chez les personnes soumises depuis peu de temps à une cause débilitante, c'est-à-dire, chez ceux dont l'affection, au moment de leur entrée à l'hôpital, n'a pas exigé l'amputation, mais chez lesquelles on a été obligé de la pratiquer pour des accidens développés ultérieurement. (Sur 11 opérés, 4 guérisons, 7 morts). 3.° Enfin les chances de succès sont très-

faibles chez les personnes vigoureuses amputées immédiatement après l'accident qui nécessite l'opération. (Sur huit opérés, une guérison 7 morts.) La *réunion immédiate* est en général préférable à la *réunion médiate*. Sur 16 amputés chez lesquels on a employé la réunion médiate, 6 ont guéri, 10 sont morts. Parmi ces derniers, huit ont présenté des altérations non-équivoques de résorption purulente; de ces huit, trois sont morts cinq jours au plus après l'amputation, et rationnellement ne doivent pas être comptés. Il reste donc cinq cas dans lesquels les symptômes et les lésions de la résorption n'ont apparu qu'après l'opération. Des deux morts qui restent pour compléter le nombre primitif dix, l'un a succombé au bout de trente-six heures, et l'autre entre le dixième et le onzième jour. C'est donc le seul qui doive être compté, si l'on examine les faits sous le point de vue de la résorption. — Donc, en résumé, sur six individus ne présentant pas de symptômes de résorption avant l'amputation, il n'y a qu'un seul chez lequel, à l'autopsie, on n'ait pas rencontré des traces de ce genre d'affection. Donc on peut dire que, si la réunion par seconde intention n'est pas la cause des accidens, elle ne s'est pas opposée au moins au développement de la phlébite et des abcès métastatiques. Sur 29 cas où la réunion immédiate a été employée, 15 opérés sont morts, 14 ont guéri. L'autopsie n'a pu être pratiquée chez tous, et cependant en supposant que tous ceux dont l'examen cadavérique n'a pas été fait ont succombé à la phlébite, la proportion de ce genre de lésion serait encore moindre que dans la série précédente. Dix amputations pratiquées en 1834, chez des enfans, pour des affections chroniques, ont toutes été suivies de la guérison. (A. Gendron, *Propositions*, etc., Thèse, N.° 181).

Plaie de l'utérus dans l'état de gestation. *Déchirure faite par un coup de corne aux parois de l'abdomen et de la matrice chez une femme enceinte; sortie du fœtus et de ses dépendances par la plaie.* — Une femme âgée de 38 ans, au huitième mois de sa sixième grossesse, reçut d'un taureau un coup de corne qui lui fit une plaie transversale de 27 pouces, étendue d'une épine iliaque antérieure et supérieure à l'autre. Le chirurgien à son arrivée trouva la malade froide et sans connaissance, à circulation imperceptible; les intestins grêles flottaient entre les cuisses; une grande quantité de sang coagulé faisait de ces organes une masse informe. Ils furent nettoyés, et alors on put voir la déchirure faite à la matrice, et par laquelle était spontanément sorti un enfant du sexe masculin qui vécut encore quinze jours après. Le placenta,

dont le cordon avait été rompu par la chute de l'enfant, fut extrait par la plaie de l'utérus à l'aide de quatre doigts introduits dans cet organe. Les intestins furent replacés, les parois abdominales remises dans leur position naturelle et maintenues rapprochées à l'aide de plusieurs points de suture. De la charpie enduite de crême et des bandages de corps complétèrent le pansement. La malade ne reprit connaissance que le surlendemain au matin. Le 5.e jour, apparition des lochies. Vers le 12.e, chute d'une escarrhe de la paroi abdominale qui s'est formée et a laissé les intestins à nu dans une étendue de près de quatre pouces. Néanmoins avec la précaution de les garantir du contact de l'air, et grace à l'emploi de quelques toniques la plaie marche vers la cicatrisation avec rapidité. Après trente et quelques jours la malade put se lever. Elle a vécu depuis une vingtaine d'années, sans autre accident qu'une petite hernie du côté gauche. (N. E. Pigné, Thèse, 1835, N.o 6).

(La suite à un prochain Numéro).

Académie royale de Médecine.

Séance du 28 juin. — Après la lecture d'un rapport envoyé à la commission, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre le rapport de M. Guerbois, sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de chirurgie. Trois candidats étaient présentés, MM. Gerdy, Blandin et Bérard jeune; deux candidats de plus, MM. Malgaigne et Jobert, sont proposés à la commission qui aura à s'occuper de l'examen de leurs titres.

Séance du 5 juillet. — MEMBRE ARTIFICIEL. — M. Martin présente à l'Académie un appareil mécanique destiné aux amputés à la partie inférieure de la jambe, et moyennant lequel ils peuvent exécuter les mouvemens de progression presque aussi facilement qu'avec leur membre naturel. M. F. Martin présente en même temps une jeune personne qui porte un de ces appareils, pour fournir la preuve de ses assertions. (Commissaires, MM. Renoult et Sanson). — Rapport de M. Londe, sur un travail de M. le docteur Garnier, de Melun, relatif à l'opportunité et à l'entretien des cautères, contenant plusieurs observations et la proposition d'un nouveau système de *pois* faits avec l'éponge préparée.

(Remerciemens à l'auteur). — Rapport de M. Villeneuve, sur un ouvrage de M. Moreau, de Blaye, intitulé : *Aperçu moral et hygiénique sur les populations des campagnes.* Des félicitations seront adressées à l'auteur, mais refus de publication officielle. —Rapport favorable de M. Piorry, sur un stéthoscope qui réunit sur la même pièce les moyens d'auscultation. de percussion et de mensuration, par M. le docteur Montault, chef de clinique à la Charité. — Rapport de M. Bailly, sur un fruit présenté par M. Corriol, pharmacien à Paris, qu'il croit être celui du *Cassia brasiliana*, mais qui n'offre aucun avantage à la commission. (Remerciemens à l'auteur). — Enfin, M. Henry fait un dernier rapport sur un mémoire de M. Malle, de Strasbourg, intitulé : *Considérations sur les méthodes employées jusqu'à ce jour dans les recherches de chimie légale, suivies de l'exposé d'une méthode nouvelle applicable aux empoisonnemens simples et complexes, avec indication d'un nouveau mode d'isolement de l'arsenic.* Ce dernier procédé est jugé par la commission, comme étant moins simple que la plupart de ceux connus. Remerciemens à l'auteur, inscription sur la liste des candidats correspondans.

Séance du 12 juillet. — M. J. Cloquet soumet à l'Adadémie un *appareil* proposé par M. le docteur Lestrange, de Dublin, pour maintenir la *réduction de la fracture de la mâchoire inférieure* (Commissaires, MM. J. Cloquet et Roux.)

— M. Espiaud lit un rapport sur une observation communiquée par M. Magistel, et qui a trait à un *corps fibreux de l'utérus, qui ayant rendu l'accouchement laborieux a entraîné la mort de l'enfant et de la mère.* (Dépôt aux archives.) — Ce rapport est suivi de deux autres; l'un, de M. Rochoux, sur une lettre de M. Guilbert, sur la *Recherche des causes des maladies,* qu'il attribue surtout au *fluide électrique;* l'autre, de M. Planche, sur un procédé de M. Dausse, pour la *purification de la manne commune par le charbon, et sa conversion en manne en larmes.* Le procédé de M. Dausse n'a rien de nouveau. La manne obtenue peut être employée sans inconvéniens. M. Vassal lit un mémoire sur la *coïncidence de l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur avec l'apoplexie* (Commissaires, MM. Bouillaud, Louis, Husson). — M. Blandin présente deux malades auxquels il a amputé la jambe à la partie inférieure, d'après la méthode de M. Goirand d'Aix, et qui portent des jambes artificielles fabriquées par M. Martin, et dont la confection simple et la commodité les rendent, suivant M. Blandin, préférables à tous les appareils analogues. M. Blandin montre encore un malade auquel

il a enlevé une grande partie du maxillaire supérieur pour un cancer.

L'Académie se forme ensuite en comité secret pour entendre le nouveau rapport de la commission chargée de la présentation des candidats à la place dans la section de chirurgie. Cette présentation, faite dans l'ordre suivant : MM. Gerdy, Blandin, Berard jeune, Malgaigne et Jobert, est modifiée après discussion, et définitivement établie dans l'ordre alphabétique qui ne préjuge rien sur le mérite des candidats, et laisse en entier à l'Académie l'indépendance de son vote.

Séance du 18 juillet.—La séance publique est en entier consacrée au scrutin pour les élections d'un membre dans la section de chirurgie. M. Blandin ayant réuni la majorité des suffrages, est nommé. Immédiatement après, comité secret pour les rapports sur les mémoires envoyés pour les prix.

— Les séances de l'Académie des Sciences n'ont dans ce mois rien présenté qui eût rapport aux sciences médicales.

VARIÉTÉS.

Concours pour la chaire d'anatomie à la Faculté de Médecine de Paris. — Nomination de M. Breschet.

On connaît les désordres qui ont suivi la nomination de M. Breschet à la chaire d'anatomie de la Faculté de Médecine, après concours qui y a eu lieu. Le mode de publication de notre Journal, qui nous fait arriver long-temps après l'événement, nous dispense heureusement de revenir sur ces scènes affligeantes, actuellement le sujet d'une enquête judiciaire. Cette enquête prouvera, nous y comptons, pour l'honneur des étudians en médecine, que les actes de vandalisme qui ont terminé le concours n'ont eu pour auteurs qu'un petit nombre d'individus, et peut-être des individus étrangers à l'Ecole. Il faudrait désespérer de nos meilleures institutions, si elles excitaient à ce point les passions de la multitude, que de semblables violences en parussent des conséquences inséparables. Le concours serait presqu'impraticable et deviendrait illusoire, s'il devait toujours être accompagné de cette turbulence de l'auditoire qui a trop souvent régné pendant le cours du dernier. Les concurrens, sous l'influence d'une telle disposition, ne sauraient conserver la liberté de leurs moyens,

ni les juges celle de leurs votes. Mais il n'en est pas ainsi, et il est possible, en conservant la publicité qui forme la garantie du concours, d'obvier à l'abus qu'elle peut avoir : s'il ne suffisait pas d'en appeler au bon sens et à l'intérêt des élèves, il serait facile, par des mesures de police tout intérieure, de prévenir et de réprimer des troubles semblables à ceux qui ont eu lieu.—Nous ne comptions qu'indiquer, comme d'ordinaire, le résultat du concours d'anatomie qui a tenu deux mois l'Ecole de Paris en suspens ; mais les divers événemens de ce concours ont fait agiter plusieurs questions importantes : nous croyons donc à cause de cela nous en occuper un peu moins brièvement que nous ne nous le proposions.

De tous les candidats qui se présentaient pour disputer la chaire d'anatomie, celui qui réunissait le plus de chances en dehors du concours, était certainement M. Breschet, le professeur nommé. Il n'est personne qui ne connaisse les nombreux travaux dont les sciences chirurgicales, et surtout les sciences anatomiques, sont redevables à ce médecin, l'un des représentans de l'anatomie française aux yeux de l'Europe. Dès long-temps, chef des travaux anatomiques de la Faculté, membre de l'Institut, M. Breschet avait sur ses compétiteurs l'avantage d'une haute position scientifique laborieusement acquise. Depuis dix ans, à la vérité, M. Breschet s'était livré peu à l'enseignement; mais la première partie de sa carrière y avait été consacrée : on était, toutefois, prévenu sous ce rapport contre lui, et si la science et la capacité ne pouvaient lui être contestées, on doutait qu'il apportât une aptitude bien spéciale à l'enseignement. — Une tendance en général plus pratique ou pour mieux dire plus chirurgicale, caractérise les travaux de MM. A. Bérard et Blandin, deux compétiteurs qui, dans plus d'un précédent concours, avaient partagé les voix, et tous deux aussi formés dans un plus ou moins long enseignement de l'anatomie et de la chirurgie. M. Blandin est, en outre, l'auteur d'un des premiers traités d'anatomie topographique qui aient paru en France. — M. Broc, voué depuis long-temps à l'enseignement de l'anatomie pratique, est auteur d'un traité sur cette science, rempli de vues ingénieuses, mais dont la forme et les idées sont loin d'être toujours irréprochables. Tels étaient les antécédens des quatre compétiteurs entre lesquels se sont partagées les chances. Les autres, en effet, soit par leur jeunesse, soit par la direction de leurs études, ne pouvaient guères, quel que fût l'éclat de leurs épreuves, trouver dans ce concours qu'un moyen de se faire connaître avec avantage. Sous ce rapport, MM. Chassaignac et Michon ont eu tout le succès qu'ils pouvaient désirer.

Les épreuves du concours ont eu lieu dans l'ordre suivant :

1.° Une dissertation écrite en cinq heures, sur le système fibreux ;

2.° Une leçon d'une heure après 24 heures de préparation ;

3.° Une leçon d'une heure après trois heures de préparation ;

4.° Une leçon d'une heure sur une préparation anatomique faite en cinq heures ;

5.° Enfin une thèse composée en dix jours, et argumentée par quatre compétiteurs.

Il serait inutile et fastidieux, aujourd'hui que le résultat du concours est connu, d'analyser une à une toutes ces épreuves. Elles ont été, pour chacun des quatre candidats dont nous avons parlé, ce que l'on devait nécessairement attendre de la nature de leurs travaux. M. Breschet, incontestablement supérieur dans les deux premières épreuves, y a déployé ses vastes connaissances en anatomie générale, cette érudition étendue et solide, si rare parmi nous. Sa leçon sur *les sécrétions*, parfaite quant au fond et à la forme, lui a permis de faire connaître plusieurs découvertes qui lui sont propres et qu'il a très-bien exposées. Les autres épreuves, sans lui être aussi favorables, ne pouvaient néanmoins, quoi qu'on en ait dit, le faire descendre du rang que ses titres antérieurs et ses deux premières épreuves lui avaient donné. — M. A. Bérard s'est montré, dans ce concours, ce qu'il avait été dans les précédens, professeur méthodique, facile et précis. Ses leçons sur les nerfs du membre supérieur et sur l'appareil de la déglutition (3.e et 4.e épr.), sont de véritables modèles d'exactitude anatomique et de talent descriptif. — Avec une élocution beaucoup moins brillante et moins facile, mais anatomiste aussi exact que M. Bérard, M. Blandin n'est pas moins habile à faire ressortir les conséquences pratiques des dispositions organiques qu'il décrit. Ses diverses leçons lui ont fait beaucoup d'honneur ; dans quelques-unes même, sa diction, ordinairement un peu embarrassée, l'a plus favorablement servi. — Les leçons de M. Broc ont encore été plus favorablement accueillies des élèves. Ecrivain, professeur original, quoique souvent un peu prétentieux et emphatique, il a surtout fait impression par une leçon sur les muscles et les nerfs intrinsèques de la main (5.e ép.) Une main de carton formée de pièces superposées et susceptibles d'être écartées les unes des autres, a montré les ressources ingénieuses dont M. Broc se sert depuis longtemps pour mieux graver dans l'esprit de ses élèves les faits si multipliés de l'anatomie humaine.

Les thèses, sur plusieurs desquelles nous aurons peut-être occa-

sion de revenir, ont été, comme celles des concours précédens, extrêmement volumineuses. Chose étonnante, tous les concurrens sont les premiers à s'élever contre cette manie *du volume*, comme ils l'appellent, et cependant à chaque nouveau concours c'est à qui présentera la masse la plus imposante et la plus compacte. Il serait peut-être à désirer que les réglemens du concours posassent des bornes qu'il ne serait pas permis de franchir. Malgré ce système d'extension et la précipitation de rédaction imposée par les conditions du concours, plusieurs dissertations resteront dans la science. Dans cette épreuve, M. Breschet, on devait s'y attendre, a encore eu l'avantage : il a été du reste servi dans le vaste sujet de thèse qui lui est échu : *Des lymphatiques*. Plusieurs autres compétiteurs ont également fourni des dissertations remarquables : nous devons citer particulièrement celles de MM. Blandin, Bérard, Chassaignac, qui se recommandent à divers titres.

L'argumentation, épreuve singulièrement propre à faire ressortir toutes les ressources de l'esprit, le fonds de connaissances dont on est pourvu, et la sûreté du jugement, a peut-être été dans ce concours la moins significative de toutes. La cause en est, sans doute, dans le genre restreint de la plupart des thèses, dont le sujet roulait presqu'entièrement sur des détails de structure et de développement organique. Quelle pâture pouvait fournir en général à la discussion une dissertation dont l'auteur était réduit le plus souvent à exposer l'état de la science, sans pouvoir même prendre parti entre les faits les plus contradictoires ! Des quatre concurrens qui étaient en ligne, MM. Bérard et Blandin se sont montrés avec le plus d'avantages dans cette épreuve. M. Bérard, surtout, s'est fait remarquer par des connaissances solides, par une dialectique serrée, qui a mis plus d'une fois ses compétiteurs dans l'embarras. Sa thèse (*De la structure et du développement du poumon*), qui laissait peu de prises à l'attaque, a été défendue avec une vigueur remarquable. Quant à M. Broc, si l'esprit et l'imagination, si les grâces du langage pouvaient remplacer l'étendue de connaissances, nul doute qu'il ne fût resté supérieur à tous ses rivaux dans cette épreuve. Personne, en effet, ne sait mieux se tirer d'un pas difficile, tourner l'objection, éluder l'attaque, dérouter son adversaire par des tours et retours plus ou moins heureux. Mais tout cela ne démontrait qu'un genre de mérite qui eût à peine fait sensation, et dont on aurait plutôt remarqué l'abus que la convenance, si M. Broc, dans ses leçons de démonstration, ne s'était pas signalé par des qualités plus estimables.

Nous serions injustes envers les autres compétiteurs, et particulièrement envers deux d'entr'eux, MM. Chassaignac et Michon, qui, paraissant pour la première fois dans un concours de cette importance, n'ont pas eu de part dans les votes du scrutin, si nous passions sous silence la manière distinguée dont ils ont soutenu leurs épreuves; ce concours sera certainement pour MM. Chassaignac et Michon un de leurs plus beaux titres pour l'avenir. Tous deux, connus comme anatomistes exercés, ont fait preuve d'une exactitude de description à laquelle la critique la plus minutieuse trouverait difficilement à reprendre. M. Chassaignac, par son élocution pleine d'élégance et de facilité, a vivement fixé l'attention; M. Michon, par son argumentation solide, et en même temps spirituelle et incisive, a souvent embarrassé ses adversaires. Nous devons aussi faire mention de M. Lebaudy, dont on a remarqué une habile préparation du périnée, et qui, dans l'argumentation, a présenté souvent des objections qui n'auraient demandé qu'à être exprimées avec plus d'art ou sous une forme moins étrange, pour être appréciées à leur valeur. Nous n'aurions pas parlé de M. Laurent, si notre silence n'eût pu être pris pour un dédain bien éloigné de notre pensée. La direction des travaux de ce compétiteur, principalement portés vers la partie philosophique de la science, la nature de son talent et de son esprit, le rendent évidemment peu propre à ces sortes de lutte. En supposant que ses idées transcendantes sur l'anatomie soient toutes le résultat d'une induction bien sévère, ce n'était pas dans une occasion semblable qu'elles gagnaient à être exposées, devant un auditoire peu préparé pour les comprendre.

Dans l'appréciation que nous faisons ici des titres des divers compétiteurs et de leurs épreuves dans le concours, nous croyons exprimer l'opinion la plus impartiale, celle que nous avons entendu émettre en dehors du jury, à des juges compétens, à des personnes qui n'étaient mues par aucune prévention personnelle. Voici maintenant le résultat du scrutin. Les votes sont tellement connus, que nous ne nous faisons aucun scrupule de les publier. Nous en agissons, du reste, ainsi, uniquement pour répondre à d'absurdes calomnies dirigées contre la Faculté.

Le jury, par suite de la retraite de plusieurs de ses membres, était réduit à onze, et était composé de la manière suivante: MM. Roux, Marjolin, Rostan, Moreau, Gerdy, P. Dubois, Orfila, de la Faculté; MM. Magendie, Baron, Gimelle, Cornac, de l'Académie. Au premier tour de scrutin, M. Breschet a eu

trois voix, celles de MM. Magendie, Baron, Cornac; M. Blandin, trois, celles de MM. Roux, Marjolin, Gimelle; M. Broc, trois, celles de MM. Moreau, P. Dubois et Gerdy; M. Bérard, deux, celles de MM. Orfila et Rostan. Ainsi dans ce premier scrutin, assez significatif, M. Breschet, en faveur duquel on prétend que la Faculté a dressé ses batteries, n'a pas une seule voix de la Faculté; M. Broc, que la Faculté repousse, a trois voix de la Faculté, et MM. Blandin et Bérard obtiennent chacun seulement deux voix parmi ses membres. Au second tour de scrutin, les voix sont les mêmes, si ce n'est qu'une voix, celle de M. Rostan, se détache de M. Bérard et se porte sur M. Breschet; MM. Broc et Blandin conservent toujours leurs trois voix. Un ballotage s'établit donc entre ces deux compétiteurs, pour savoir lequel sera opposé à M. Breschet. M. Broc reste avec ses trois voix fidèles; M. Blandin a les huit autres. Un dernier tour de scrutin décide entre MM. Breschet et Blandln; celui-ci a quatre voix, celles de MM. Roux, Marjolin, Gimelle et Orfila; M. Breschet en obtient sept, trois de l'Académie, celles qu'il avait eues primitivement, et dans la Faculté, celles des professeurs Rostan, Moreau, P. Dubois et Gerdy. M. Breschet est donc proclamé.

Nous croyons la nomination de M. Breschet de toute justice aux yeux de quiconque a pesé sans passion et la valeur de ses titres antérieurs, et celle de plusieurs épreuves du concours. M. Blandin, avec quelqu'avantage qu'il y ait paru, n'avait pas montré des qualités de professeur assez grandes pour être préféré à M. Breschet, et la majorité des membres de la Faculté composant le jury en a jugé ainsi, en se réunissant aux voix de l'Académie en faveur de ce dernier. Mais il nous paraît évident que M. Broc l'eût emporté sur M. Breschet, et cela par les membres de la Faculté, si la rivalité de M. Blandin ne l'eût empêché de parvenir au ballotage. La Faculté aurait-elle eu raison? Sans doute M. Broc, avec son talent si remarquable d'exposition, avec cette vive imagination qui anime, colore, met en relief tout ce qu'il y a de morne et d'aride dans une science éminemment descriptive, M. Broc eût pu attirer un nombreux auditoire dans l'amphithéâtre de la Faculté. Est-ce à dire que tout dût céder devant cette seule considération; que la science profonde, que de longs et utiles travaux dussent être si facilement écartés, lorsque les épreuves du concours démontraient que le candidat doué de cette science n'était pas dépourvu de la faculté de la bien exposer.

Du reste, sans nous prononcer ici sur le compte d'un homme

dont nous nous plaisons à reconnaître le rare talent, et qui à divers titres mérite tous les égards, nous ne pensons pas que M. Broc fût le seul concurrent qui, dans l'intérêt de l'enseignement et de la Faculté, pût être opposé à M. Breschet. On n'a peut-être pas, à notre avis, au-dedans et en-dehors du jury, rendu à M. A. Bérard toute la justice qui lui était due. La manière dont M. A. Bérard s'est montré dans ses différens concours, et particulièrement dans celui-ci, aurait dû lui assurer un autre rang dans les résultats du scrutin. Les qualités éminentes de professeur dont il a fait preuve en toutes ces circonstances, l'étendue de connaissances, le jugement sûr et droit, la conception vive et nette qu'il y a montrés, nous font penser qu'aucun candidat n'eût dû avoir plus de chances de succès, si M. Breschet, avec sa longue et laborieuse carrière, dont on lui a tenu compte à bon droit, ne se fût présenté au milieu de rivaux trop jeunes pour balancer ses titres.

Les adversaires du concours auront-ils droit de tirer parti contre cette institution, et du résultat de celui qui vient d'avoir lieu pour la chaire d'anatomie, et des événemens qui l'ont signalé? On sait notre opinion sur le premier de ces points, puisque nous soutenons l'équité du vote qui a donné lieu à la nomination de M. Breschet. Peut-être l'enseignement de ce professeur brillera-t-il davantage dans la partie générale et scientifique de l'anatomie, et y sera-t-il plus spécialement consacré ; peut-être la partie pratique y sera-t-elle un peu sacrifiée ? Mais est-il bien prouvé qu'au milieu de tous les cours particuliers d'anatomie, l'enseignement de cette science à la Faculté y doive, y puisse même avoir ce caractère exclusif d'application immédiatement pratique. D'ailleurs, les doutes élevés sur la nature de l'enseignement de M. Breschet ne sont fondés que sur des données fort peu sûres. Ces présomptions vinssent-elles à se réaliser, qu'en devrait-on conclure? C'est que si une seule année ne permet pas de professer et l'anatomie générale et l'anatomie descriptive ; s'il est difficile qu'un même professeur réunisse toutes les qualités qu'exigerait ce double enseignement, on doit en inférer qu'il serait besoin de deux professeurs : espérons que le temps amènera cette amélioration.

Nous ne pensons pas qu'on puisse tourner contre le concours les évènemens déplorables qui ont terminé le dernier. Ils peuvent certainement être prévenus à l'avenir. C'est l'institution qu'il faut juger en elle-même. Eh bien, nous le croyons, et nous l'avons souvent soutenu dans ce journal, le concours est, malgré quelques inconvéniens qui en sont inséparables, le meilleur mode de nomina-

tion des professeurs. Sans doute l'organisation actuelle pourrait en être avantageusement modifiée ; mais, tel qu'il est, il vaut mieux que l'élection. L'émulation qu'il inspire, l'impulsion qu'il donne aux études, suffiraient seules à le recommander, quand il n'effectuerait pas l'exclusion de toutes les médiocrités, qui ont, quoi qu'on en dise, d'autant plus de chances de succès, qu'elles sont réduites à un seul genre de moyens pour y parvenir. Les inconvéniens du concours peuvent être diminués par une meilleure disposition, et surtout par un plus long usage de cette institution, qui donnera aux juges et aux concurrens une plus haute conscience de la justice qui doit y présider. En nous reportant sur ce qui vient de se passer sous nos yeux, on voit tomber une des principales objections dirigées contre le concours : on prétendait qu'il excluait les hommes qui, avancés dans leur carrière, ne se hasarderaient que difficilement à descendre dans une arêne faite pour de jeunes athlètes. L'exemple de MM. Breschet et Broc est là pour y répondre. Enfin, si le mérite de M. Broc, presqu'inconnu, ou du moins renfermé dans un petit cercle d'élèves, a pu briller au grand jour et être apprécié par la Faculté, ce triomphe, il le doit au concours. M. Broc, tout en n'étant pas proclamé vainqueur, mais obtenant la voix de professeurs qui ne la lui auraient certainement pas donnée dans une simple élection, est un argument puissant et tout récent en faveur de cette institution.

Réclamation de M. J. Guérin, sur un passage du dernier Numéro, relatif aux déviations du rachis.

Il s'est glissé, dans votre dernier compte rendu des discussions de l'Académie royale de Médecine, relatives à mon mémoire sur les *déviations simulées*, une erreur qui me mettrait en contradiction avec moi-même, si elle n'était rectifiée. Vous faites dire (p. 245) à M. Guéneau de Mussy, que Janny Guéry avait une épaule *manifestement saillante* ; cette assertion est tout-à-fait contraire à la vérité ; le plâtre qui représente la difformité de cette fille offre une égalité parfaite de saillie des deux épaules ; M. Guéneau de Mussy n'a d'ailleurs pas émis la proposition que votre compte rendu lui prête ; il a dit simplement que le plâtre de Janny Guéry avait les *épaules saillantes*, tandis qu'elles sont aplaties dans le plâtre envoyé par M. Bouvier. M. Adelon a justement fait remarquer que la saillie plus ou moins prononcée des deux épaules est une circonstance individuelle qui n'a rien de commun avec les caractères anatomiques des déviations de l'épine, tandis que la saillie d'une

épaule accompagnant une courbure de l'épine, constitue un des principaux caractères des déviations pathologiques.

Agréez, etc. Jules Guérin.

Errata. — Dans le dernier Numéro, p. 189, il s'est glissé une faute d'impression qui pourrait faire méconnaître le nom de l'auteur du mémoire sur *une complication grave des fractures*. Il a été écrit *Lobert* au lieu de *Lebert*.

BIBLIOGRAPHIE.

Histoire médicale générale et particulière des maladies épidémiques, contagieuses et épizootiques qui ont régné en Europe depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours; par J. A. F. Ozanam, *ex-doyen des médecins de l'Hôtel-Dieu de Lyon, chevalier de l'ordre de la couronne de fer, et membre des Sociétés de médecine de Lyon, Iéna, Bruxelles, Palerme, etc.* 2.e édition, revue, corrigée et considérablement augmentée. Paris et Lyon, 1835; in-8.°, 4 vol.

A une époque où les esprits cédant aux séductions d'une doctrine qui se vantait d'avoir des principes d'une vérité absolue et d'une universalité qui embrassait tout, reniaient le passé comme faux ou inutile, et refusaient de donner d'autre base à leur science que les observations actuelles et du moment, ce ne fut pas une entreprise peu honorable que celle des montrer par une masse imposante de preuves prises aussi dans l'observation, qu'il y avait en dehors des faits dont les dogmatiques tenaient compte, une multitude de faits d'un autre ordre, que leur doctrine n'embrassait pas, et qui devaient pourtant trouver place dans la science.

La seule conception de l'ouvrage de M. Ozanam, et le choix de l'époque où il le fit paraître, suffiraient pour former à ce médecin un titre solide de gloire. L'exécution d'ailleurs, qui n'aurait pas été sans mérite quand notre littérature aurait déjà possédé des ouvrages du même genre, en avait beaucoup dans un premier essai. L'ouvrage de M. Ozanam reçut l'accueil qu'il méritait.

Cet accueil n'a point fait fermer les yeux de l'auteur sur les imperfections de son livre; il le reproduit aujourd'hui notablement amélioré par quelques additions et par des suppressions plus nombreuses. Ainsi il a retranché la longue nomenclature des *constitutions épidémiques* qui remplissait une partie du premier volume, parce que, après les avoir étudiées et comparées ensemble, il n'a pu en tirer aucun résultat satisfaisant.

Nous regrettons que M. Ozanam n'ait pas également supprimé les deux premières parties du premier volume de l'édition actuelle. Ce sont des généralités sur les épidémies, sur leur origine, leurs causes, leurs propriétés, etc.; sur la contagion, les contages, leur origine, leurs propriétés, leurs modes de conservation, de propagation, etc., etc. Ces généralités ne sont point, il est facile de s'en assurer, un résumé sévère des faits contenus dans

tout l'ouvrage : c'est une partie systématique qui contraste singulièrement avec la marche expérimentale de *l'histoire des épidémies*, et qui produit une impression fâcheuse sur l'esprit du lecteur, qui s'attend à trouver là une longue série de faits avant de hasarder d'en tirer des dogmes.

Il ne faut point se méprendre sur le caractère et la portée de l'ouvrage de M. Ozanam : ce n'est et ce ne peut être, au siècle où nous vivons, qu'un recueil de matériaux pour servir à une doctrine future des maladies épidémiques. Lui demander davantage, quant à présent, c'est se tromper sur la mesure du possible. Il faut qu'une quantité bien autrement considérable de faits particuliers ait été rassemblée, avant qu'il soit permis de songer à les systématiser. M. Ozanam n'a que trop prouvé, par son exemple, la nullité des résultats auxquels on arrive quand on veut se hâter d'établir des principes avec les observations que son ouvrage renferme. A peine y a-t-il un seul de ses chapitres dont le résumé puisse être accepté comme représentant réellement sous une forme dogmatique l'histoire de la maladie dont les cas particuliers ont été exposés auparavant, et la raison en est bien simple : c'est que, malgré l'étendue de ses recherches et la patience de ses travaux, M. Ozanam n'a connu que la moindre partie des épidémies de chaque maladie, et que sur chaque épidémie il n'a connu que la moindre partie des relations qui en avaient été faites, et souvent que les plus imparfaites. Ainsi, pour citer un exemple, comment imaginer qu'il soit possible de présenter un tableau exact et complet de la fièvre puerpérale telle quelle s'est montrée régnant épidémiquement, quand les seules épidémies qu'on en cite sont celles de 1662, 1672, 1718, 1725, 1746, 1767, très-incomplètement décrites par Welsch, Bartholin, Strotler, F. Hoffmann, de Jussieu, et Lepecq de la Cloture, celles de 1770, 1771, 1776, 1780, 1786, 1787 et 1811, décrites à la vérité dans des ouvrages spéciaux, mais que M. Ozanam n'a connus, à l'exception d'un seul, que par des articles de journaux et de collections anatomiques, et quand on n'a pas eu connaissance des ouvrages de Hulme, Denham, Clarcke, Leake, Kirkland, White, Sellé, Fauker, Bland, Gastellier, Osiander, Pemberton, Michaelis, Nolde, Schmitt, Nægelé, Bayrhoffer, Armstrong, Boer, d'Outrepont, Pfeufer, Campbell, Makentosh, Carus, Siebold, Gooch, Robert Lee, Tonnelé, Cruveilhier, Ritgen, etc., etc., et de beaucoup d'autres, dans lesquels on trouve des relations d'épidémies infiniment plus complètes que celles sur lesquelles M. Ozanam a travaillé.

Au reste, ce n'est point un reproche que nous prétendons faire à l'auteur. Un seul homme ne peut pas tout voir, ni les bibliothèques d'une seule ville fournir tous les livres qu'il serait indispensable d'avoir pour faire une histoire *complète* ou seulement *générale* des épidémies. M. Ozanam, nous le répétons, a fourni de nombreux et bons matériaux; il a ouvert une carrière précieuse : puisse-t-il trouver des imitateurs qui viennent y creuser plus profondément qu'il n'a pu faire.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

AOUT 1836.

Remarques et observations sur la fracture et la luxation des vertèbres ; Mémoire lu à la séance publique de l'Académie royale de chirurgie, le 18 avril 1774, par Louis, *secrétaire-perpétuel de cette Société.*

La colonne de l'épine a été regardée par tous les anatomistes anciens et modernes comme la pièce fondamentale de la charpente osseuse, comme la base et le soutien de tout l'édifice du corps humain ; ils l'ont comparée à la carêne ou quille d'un vaisseau, dont les côtes sont les flancs, et les bras et les jambes la proue et la poupe. Il n'y a point de partie construite avec un artifice plus merveilleux ; et sa destination l'exigeait. La colonne de l'épine contient la moelle, d'où sortent les nerfs qui donnent aux membres le sentiment et le mouvement, et y portent d'une manière invisible le sentiment et la vie qui les anime. Elle est manifestement la continuation du cerveau renfermée dans le canal des vertèbres, elle y est à l'abri des injures extérieures, comme le cerveau dans le crâne. L'importance des fonctions de la moelle épinière n'est pas moindre que celle de ce viscère qu'on a considéré jusqu'ici comme le premier mobile de l'économie animale. M. de Buffon n'hésite pas de donner le premier rang à la moelle. « Le cerveau, dit-il, n'est aux nerfs que ce que la terre est

aux plantes » ; au lieu d'être le foyer des sensations, le principe du sentiment, il ne sera plus, suivant l'opinion de ce savant naturaliste, qu'un organe de sécrétion et de nutrition, mais un organe très-essentiel, sans lequel les nerfs ne pourraient ni croître ni s'entretenir.

Quoi qu'il en soit de ces considérations physiologiques, il est certain que les désordres de la moelle de l'épine, que sa compression, ou l'engorgement de ses vaisseaux dans un seul point, cause des accidens mortels. La privation du sentiment et du mouvement dans les parties subjacentes en est le premier symptôme. On voit journellement dans les paralysies de cause interne, à la suite d'une affection comateuse, dont quelque partie du cerveau était le siège, on voit, dis-je, les personnes vivre très-longtemps et en bonne santé, malgré la privation absolue des fonctions animales aux extrémités. Mais lorsque la moelle épinière est lésée par cause extérieure, l'effet ne se borne pas à la perte du sentiment des parties et de la faculté de les mouvoir ; l'action vitale est amortie, la nutrition ne s'opère plus qu'imparfaitement, et le seul poids du corps attire une mort locale aux endroits comprimés par la nécessité indispensable de sa position. La gangrène et le sphacèle surviennent primitivement au croupion ; et les germes de la mort, qui naissent dans un point circonscrit à la circonférence du corps, se développent par des progrès assez lents que l'art saurait borner dans toute autre occasion. Enfin les élémens mortifères, si je puis me servir de ce terme, qui semblent fixés dans un foyer, gagnent insensiblement l'intérieur, et vont éteindre le principe de la vie à la source de son action.

Ces vérités sont connues de tous les praticiens, mais on a peu profité, pour le soulagement de l'humanité, de la contemplation des faits qui ont si souvent présenté la fin triste et malheureuse dont je viens de présenter le tableau.

On ne peut trop admirer la structure de la colonne de

l'épine. Faite pour la conservation et la défense d'organes si précieux, elle réunit la plus grande solidité à la mobilité qui lui était nécessaire, pour les différens mouvemens du corps auxquels elle sert. Parmi le grand nombre de pièces dont elle est composée, il n'y en a pas deux de parfaitement semblables ; elles diffèrent au moins par les dimensions, qui diminuent proportionnellement dans chaque vertèbre, depuis la base de la colonne jusqu'à sa partie supérieure. Mais la plupart de ces os, considérés supérieurement, ont des différences remarquables, relatives à leurs positions, à leurs rapports avec les parties environnantes, et aux usages auxquels ils sont plus particulièrement destinés. Quoique le corps fasse des mouvemens très-étendus sur la colonne vertébrale, la mobilité de chaque pièce est très-bornée : les moyens que la nature a employés pour les maintenir et les fixer chacune dans l'état d'union nécessaire, exclut une plus grande mobilité, et leur assure les avantages de la solidité, qui est si essentielle. La structure et l'union des vertèbres est exposée lumineusement dans les descriptions exactes qu'en ont faites les anatomistes dont les recherches et les travaux ont le plus contribué à la connaissance du corps humain. On peut voir avec quels soins Vésale a traité cette matière; elle a paru mériter de M. Winslow le plus grand détail, et M. Sabatier, qui marche sur les traces de ce grand homme, a donné, dans son *Anatomie*, la plus solide instruction sur cet objet. Il est bien étonnant que la plupart de ceux qui l'ont envisagé pathologiquement dans des ouvrages de chirurgie, où ils traitent de la fracture et de la luxation des vertèbres, n'aient parlé que des ligamens qui donnent la plus grande fermeté à l'union de ces os, sans faire mention des muscles qui les font mouvoir; leurs attaches multipliées et entrelacées forment des obstacles presqu'invincibles au déplacement des pièces osseuses dont ils affermissent l'assemblage. Les anatomistes n'ont pu parler de ces différen-

tes parties que d'une manière isolée en divers traités où l'on examine à part ce qui concerne les os, les ligamens et les muscles ; mais l'étude et l'exercice de la chirurgie exigent qu'on réunisse en un centre les connaissances relatives au même sujet, qu'on trouve éparses en différens traités, et qu'on n'a pu acquérir que par des recherches et des travaux particuliers dont le fil a été nécessairement interrompu. Le fondement de toute science n'est jamais que dans la comparaison que l'esprit sait faire des objets semblables et différens, de leurs propriétés analogues ou contraires, et de leurs qualités respectives.

D'après ces considérations, il nous sera permis d'examiner sommairement la doctrine de nos anciens, sur la fracture et la luxation des vertèbres. Les faits sont en assez grand nombre sur la solution de continuité par des coups et des chutes, et il n'en est pas dit un mot dans le *Traité des maladies des os*, de notre maître, feu M. Petit; il s'est au contraire fort étendu sur la luxation des vertèbres ; il donne une méthode particulière très-bien raisonnée pour la réduire, tandis que d'habiles gens ont des doutes sur la possibilité de cette luxation, et que d'autres la nient très-positivement. C'est donc un problême intéresssant à résoudre, car il est certain que les tentatives pour la réduction d'une vertèbre qu'on supposerait luxée, et qui ne le serait pas, ne pourraient être faites que par une erreur de diagnostic, qu'il est très-important de ne pas laisser subsister dans les principes d'un art salutaire : il est d'ailleurs facile de démontrer que ces tentatives seraient meurtrières dans le cas de fracture qu'on aurait prise mal à propos pour une luxation. Voilà au vrai l'état de la question, dont la solution, comme on voit, est de la plus grande conséquence pour l'humanité.

Le nombre et la réputation des partisans de chaque opinion contraire, n'est ici d'aucune considération ; il y a des sciences conjecturales où l'on peut se faire un nom.

par des vues spéculatives pour lesquelles il ne faut que donner carrière à l'esprit et à l'imagination ; mais dans l'art de guérir, et surtout en chirurgie, la théorie et la pratique doivent s'étayer mutuellement ; il n'y a rien de solide que ce que l'observation et l'expérience raisonnée nous ont appris. Les auteurs connus sous la qualification d'écrivains dogmatiques, n'ont jamais manqué, dans les traités généraux, ordinairement plutôt fruits de longues veilles que de profondes réflexions, de se copier successivement ; une erreur une fois admise, se perpétue d'âge en âge et de livre en livre. On est bientôt convaincu de cette vérité dans les premières recherches qu'on fait pour savoir l'histoire de l'art. C'est par les observateurs seuls que les réformes utiles peuvent avoir lieu ; mais il faut apprécier les faits qu'ils nous transmettent ; les épurer, pour ainsi dire, de la rouille dogmatique et de la prévention des fausses doctrines, toujours trop accréditées, parce que personne ne peut s'en garantir absolument, surtout dans le commencement de l'étude et dans les premiers progrès d'une science aussi étendue que la nôtre.

Prenons les choses dès l'origine de l'art. Hippocrate a parlé très-distinctement, dans son Traité *de Articulis*, des divers dérangemens de l'épine par cause interne, ou produits consécutivement et venus à pas très-lents à l'occasion d'un coup ou d'une chute. C'est pour remédier à ces déplacemens chroniques, que ce premier maître fait la description de quelques procédés dont on usait de son temps dans l'intention de redresser l'épine, par diverses extensions, secousses et compressions. Des gens de l'art cherchaient à donner au public une haute opinion de leurs talens en ce genre de restauration ; ils prétendaient guérir les difformités accidentelles de l'épine. Hippocrate fronde, avec les termes du plus parfait mépris, ceux qui avaient la folie d'appliquer à toutes sortes de cas, des moyens qui ne peuvent réussir, dit-il, que dans quelques circonstances ;

il ne les ménage pas sur la honte de leur conduite intéressée, et il les traite formellement d'imposteurs. Cette sortie amène une description de la colonne de l'épine, de ses rapports et de ses usages, qui ferait honneur à plus d'un anatomiste moderne; il parle enfin de ce qu'on peut appeler proprement luxation des vertèbres, de leur déplacement subit sous l'impression d'une cause violente extérieure. Il ne lui paraît pas possible qu'elles puissent être déplacées, sans causer la mort par le déchirement de la moelle de l'épine. La disposition des parties est telle, que les apophyses seraient fracturées par une percussion moins violente que celle qu'il faudrait pour rompre les ligamens qui assujettissent fortement les vertèbres dans leur union naturelle. Il y a des gens, continue Hippocrate, assez ignorans pour croire que les vertèbres ont été déplacées, parce qu'ils ont trouvé une dépression à l'endroit où les apophyses épineuses étaient fracturées. Ce qui sert encore à leur faire illusion, ajoute-t-il, c'est que dans la flexion de l'épine les douleurs augmentent, parce qu'alors la peau est plus tendue, et que les fragmens d'os piquent les chairs; le contraire arrive, les malades sont soulagés quand on les redresse, et le vide qu'on sent en cet endroit cause l'erreur. On voit que tout en la combattant, Hippocrate donne le diagnostic de la fracture, qu'il assure se guérir assez promptement sans accident et sans secours, lorsqu'elle est bornée aux apophyses épineuses. *Hæc commemorata omnia insuper medicos fallunt; ii autem citò et sine noxâ, per se convalescunt*, car le cal se fait bientôt à tous les os spongieux, comme sont ceux-là : *Ejusmodi enim ossa omnia quæ laxa sunt, callo celeriter firmantur.*

Ce que dit Hippocrate dans le même traité, sur la restauration de l'épine, ne doit donc être considéré que comme relatif à des déplacemens formés à la longue et par degrés; cet homme incomparable connaissait très-parfaitement toutes les causes tant internes qu'externes, par les-

quelles l'épine pouvait prendre une mauvaise conformation, telles que la vieillesse, de mauvaises attitudes, les douleurs, la contraction des muscles, des tubercules, etc. Sa doctrine est fort lumineuse; il semble l'avoir résumée, en peu de mots, au second livre des *Prédictions*, en exprimant les causes, les effets et l'événement des lésions de la moelle de l'épine. Elles peuvent avoir également pour causes une chute ou toute autre violence extérieure, ou un vice interne : l'impuissance des extrémités inférieures, la rétention des urines et des gros excrémens; pour peu que la maladie ait de durée, ces excrétions se font involontairement, et la mort ne tarde pas (1).

La plupart des commentateurs d'Hippocrate, à qui les connaissances nominales paraissaient la vraie science, ont pris ce que ce grand homme a dit des dérangemens consécutifs des vertèbres, comme s'il était question d'un déplacement subit, et ils ont confondu tous les désordres de l'épine sous le nom commun de luxation. C'est ce qu'on observe à la lecture des *Commentaires* de Houllier, et des *Scholies* de Liebaut, dédiés en 1582, à Miron, premier médecin de Henri III. Paaw, qui avait professé l'anatomie à Leyde pendant vingt-cinq ans, met dans son *Ostéologie*, publiée en 1633, sous le nom de luxations, les divers dérangemens de l'épine, d'après les dénominations qu'on trouve dans Hippocrate. C'est ainsi que la chirurgie s'est perdue : des hommes très-doctes, occupés de discussions critiques fort savantes, mais purement grammaticales, avaient fait de la chirurgie une science de mots, parce

(1) *At verò si spinalis medula, aut ex casu, ait aliâ quâpiam externâ causâ, aut suâ sponte laboravit, et crurum impotentiam facit, ut ne tantum quidem percipiat æger, et ventris et vesicæ, adeò ut ne primis quidem diebus stercus aut urina nisi coactè reddatur, quod si morbus inveteraverit, et stercus et urina, ægro inscio prodit, tandemque non longo post intervallo perit.* (Prorrheticorum, lib. 2.)

qu'ils parlaient de cet art d'après les anciens auteurs, sans en avoir puisé les vraies connaissances dans la pratique : les erreurs ainsi adoptées, et pour ainsi dire identifiées à l'art, sont l'effet d'un mélange confus de réel et d'arbitraire, dans lequel il est souvent très-difficile de retrouver la nature.

Celse paraît parler d'après l'expérience, en disant que la luxation de la tête est suivie d'une mort prochaine. J'en fais mention, dit-il, non qu'on puisse y apporter aucun remède, mais afin qu'on la connaisse par les signes qui la caractérisent, et qu'on ne croie point que ceux auxquels ce malheur arrive, périssent par la faute de celui qu'on appelle à leurs secours. Mais ce qu'il dit sur la luxation des autres vertèbres, loin de prouver l'existence de leur déplacement, suppose quelques doutes sur sa possibilité. « Le même sort, c'est-à-dire, la mort, arrive à ceux qui ont les vertèbres luxées, car cette luxation ne peut se faire sans que la moelle épinière, les cordons des nerfs qui passent par les côtés des apophyses transverses et les ligamens qui les assujettissent, ne se déchirent. » Après l'énumération des divers symptômes et accidens qui seraient l'effet nécessaire d'un pareil désordre, Celse ajoute, qu'on ne périt pas à la vérité aussi promptement que dans la luxation de la tête, mais qu'on ne passe guères le troisième jour. Il prétend que ce que dit Hippocrate, que lorsqu'une vertèbre est luxée en arrière, on doit faire coucher le malade sur le ventre, l'étendre tout de son long, faire appuyer quelqu'un avec le talon sur la vertèbre luxée, et la faire ainsi rentrer en dedans, doit s'entendre des luxations incomplètes et non des complètes. Hippocrate, comme nous l'avons fait voir en exposant sa doctrine, n'a pas mérité cette répréhension.

Oribase (1), dans son *Traité des machines*, décrit la

(1) *De Machinament.*, cap. XX.

méthode de redresser la courbure de l'épine produite par un coup récent; mais il ne prononce pas sur la cause formelle ; il ne parle ni de luxation ni de fracture, et il renvoie à son livre des *Articles*, qui manque à la collection des OEuvres de cet auteur qu'Henry Etienne a fait imprimer en 1567, dans l'ouvrage qui a pour titre : *Medicæ artis principes post Hippocratem et Galenum.*

Le savant M. Cocchi, professeur d'anatomie, et antiquaire de S. M. Impériale à Florence, a trouvé dans la bibliothèque de Médicis, un très-beau manuscrit grec en parchemin, qu'il estime être du XIe siècle. C'est une collection de divers traités de chirurgie par les anciens, faite par Nicetas. M. Cocchi a déchiffré ce manuscrit, et a traduit et donné au public les morceaux qui n'étaient pas connus; on y trouve une description succincte de la fracture des vertèbres, d'après Soranus. On connaît, dit cet auteur, la fracture de l'épine par la vue, s'il y a plaie; mais si la peau est entière, la simple fracture se manifestera au tact par l'inégalité et la douleur dans l'endroit; et s'il y a fracas à la suite d'un choc considérable, on en jugera par une cavité, par la douleur poignante, l'engourdissement et la perte du mouvement du bras de ce côté, et par la crépitation. Nous verrons plus bas, dans l'examen et la discussion des faits, que des auteurs modernes, fort employés dans l'exercice de l'art, ont négligé de se conduire par les lumières qui dirigeaient ces anciens maîtres.

Il y a dans le *Traité des luxations* d'Oribase, connu par les soins de M. Cocchi, un chapitre sur les vertèbres, où l'on expose les difformités qui surviennent à l'épine, à l'occasion d'une tumeur adhérente aux os dont elle est formée. On donne le nom de *bosse* à la convexité en dehors ; celui d'inflexion à l'enfoncement ou protubérance en devant; et l'on appelle distorsion, les perversions obliques ou latérales. Il y a un quatrième vice de l'épine nom-

mé secousse ou ébranlement, par lequel les vertèbres souffrent quelque dimotion dans leurs jonctions, mais sans déplacement; c'est une espèce d'entorse. Paaw en parle sous le nom de *quassatio*.

Oribase ajoute que les vertèbres étant jointes comme des gonds, s'il arrivait le moindre déplacement il serait très difficile d'en faire la réduction, à cause des différentes éminences et cavités qui les unissent ; il y a en cet endroit une note très-intéressante de M. Cocchi. L'ouverture d'un assez grand nombre de personnes mortes à l'hôpital de Florence, à la suite de coups et de chutes sur les vertèbres, a fait voir constamment les apophyses postérieures fracturées, et la moelle épinière comprimée ou déchirée, soit que les vertèbres n'eussent souffert aucun dérangement, soit qu'elles fussent déplacées. Ce témoignage de l'expérience prouve plus que des théories vagues et des dénominations copiées qui masquent l'art, et en rédigent les principes sous la forme d'une simple nomenclature.

Les meilleurs esprits sont exposés, comme nous l'avons observé plus haut, aux préventions des doctrines reçues, car la durée de la vie ne permet pas que l'homme le plus occupé ait le temps et les occasions de tout voir et de tout vérifier. Scultet en est un exemple. Il avait bien étudié l'anatomie et la chirurgie à Padoue, pendant dix ans, sous Spigelius, et avait exercé avec distinction au milieu du dernier siècle, pendant l'espace de vingt ans, dans les armées en Allemagne. Il compose un arsenal de chirurgie, où il donne, d'après Oribase, le banc prétendu d'Hippocrate, pour réduire l'épine nouvellement luxée en dehors, quoiqu'Hippocrate ni Oribase n'aient cru positivement à cette luxation. C'est ainsi que les erreurs naissent, se perpétuent, et deviennent en quelque sorte indestructibles.

La *Chirurgie* de Paul d'Ægine est l'ouvrage le plus étendu qui nous reste des Grecs. A la renaissance des let-

tres, on s'est empressé de le traduire, d'abord en latin, puis en français. Ambroise Paré, sur la fracture et la luxation des vertèbres, n'a fait que transcrire ce qui en est dit d'après la traduction de Dalechamps, docteur en médecine, et lecteur ordinaire de chirurgie à Lyon, qui de son côté convient que son ouvrage est orné et embelli de plusieurs figures et portraits d'instrumens de chirurgie dont il est en partie redevable à M. Ambroise Paré, premier chirurgien du Roi.

La doctrine de Paul d'Ægine, sur les lésions de l'épine, est absolument la même que celle d'Hippocrate. Tout déplacement qui comprime la moelle est jugé mortel. Il est parlé des difficultés qui peuvent survenir après les émotions de l'épine, telles que la gibbosité ou courbure en dehors, l'enfoncement et les distorsions latérales, toutes maladies consécutives de ce qu'il appelle *subluxation*. A l'égard des fractures, il a porté l'art beaucoup plus loin que ses prédécesseurs; il n'est pas contemplateur tranquille des accidens mortels que cause la solution de continuité des vertèbres : elles sont, dit-il, plus sujettes à la contusion qu'à la fracture : la mort est la fin ordinaire de ceux à qui la moelle de l'épine est comprimée, surtout lorsque le mal est aux vertèbres du col. C'est pourquoi, après avoir établi le prognostic et annoncé le danger, il dit que s'il y a de la possibilité, il faut hasarder quelque chose : *quare prædicto periculo, si fieri potest, aliquid audere oportet.* La hardiesse à laquelle il invite n'est point témérité; si la chose est possible, il recommande une incision au moyen de laquelle on pourra extraire les pièces d'os qui compriment la moelle, et mettent les blessés dans le danger le plus imminent. Nos auteurs modernes, qui se sont étendus théoriquement sur la comparaison de la moelle de l'épine avec le cerveau, auraient dû ne pas omettre le précepte salutaire de Paul d'Ægine : il aurait été plus essentiel pour l'humanité de suivre cette analogie dans la

pratique de l'art que dans des considérations simplement physiologiques.

Ce reproche ne sera pas fait à Fabrice de Hilden ; il a péché par l'excès contraire. La luxation des vertèbres en dedans serait un accident mortel, suivant Hippocrate, qui ne la supposait guère possible, et qui pense que si par autre impossibilité le blessé ne mourait pas sur-le-champ, il n'y aurait aucun remède, car on ne pourrait, dit-il, repousser le corps de la vertèbre déplacée, qu'en ouvrant le ventre. La réflexion de Fabrice de Hilden est qu'il y aurait de l'inhumanité d'abandonner un homme en pareil état, et d'après la maxime qu'il vaut mieux tenter un remède incertain que d'attendre une mort certaine, il propose de mettre le blessé sur le banc qu'Ambroise Paré a fait graver pour l'extension de l'épine ; et tandis qu'on fera les extensions prescrites, le chirurgien pratiquera une incision longitudinale sur l'apophyse épineuse de la vertèbre déplacée, puis deux incisions latérales transversalement, une de chaque côté de l'apophyse, laquelle, bien dégagée, sera saisie avec des tenettes semblables à celles dont on se sert pour l'extraction des pierres de la vessie, et l'on rétablira ainsi la vertèbre en son lieu naturel. Si deux vertèbres avaient été enfoncées, l'incision longitudinale devrait être plus étendue, et deux chirurgiens armés chacun d'une paire de tenettes, retireraient également et d'un commun accord les vertèbres luxées en devant. *Duo sint chirurgi, qui æqualiter unoque cum consensu in altum trahant.* (Cent. V, obs. 69).

Fabrice n'omet rien de ce qui peut donner du crédit à cette opération. N'applique-t-on pas, dit-il, tous les jours avec succès le trépan pour relever et même enlever des pièces d'os du crâne qui compriment le cerveau ? Le grand Paré ne recommande-t-il pas des incisions pour ôter les pièces fracturées des vertèbres ? Il en dit autant concernant les fragmens de côtes qui piqueraient la plèvre. Pourquoi ,

ajoute Fabrice de Hilden, ne pratiquerait-on pas, pour la luxation de l'épine, l'opération qu'on propose pour remédier aux accidens de la fracture des vertèbres et de celle des côtes ? Il ne se contente pas de ce faux parallèle ; il invoque l'expérience et s'autorise d'une cure qu'il avait faite en l'année 1591. Il y avait deux ans (cent. I, obs. 62), qu'un jeune homme fort robuste avait reçu un coup de couteau dans une bagarre. La plaie était restée fistuleuse ; sa situation était à la partie droite de l'épine vers la quatrième vertèbre des lombes. Un trochisque de minium servit à en agrandir le trajet, que Fabrice dilata progressivement par l'usage des tentes d'éponge préparée et de racine de guimauve ; enfin il trouva un corps étranger dont il fit l'extraction ; c'était la moitié de la lame du couteau, dont la pointe était fichée entre la troisième et la quatrième vertèbre lombaires. Il n'y eut aucun accident, et la guérison fut prompte.

Il serait difficile d'apercevoir de l'analogie entre cette opération nécessaire et fort simple, et celle sur laquelle l'auteur proposait de relever une vertèbre enfoncée : aussi sa spéculation a-t-elle eu peu d'approbateurs. Sennert, célèbre professeur de Vittemberg, qui aimait et respectait la chirurgie, en a composé un traité en 1634. A l'article de la luxation de l'épine, il rapporte le projet de Fabrice, qu'il n'adopte point, ou plutôt qu'il désapprouve en termes exprès. Jean Vigier, médecin du roi à Castres, dans ses *Œuvres médico-chirurgicales*, n'admet pas la possibilité de la luxation de l'épine en devant ; il se contente d'indiquer l'opération projetée, qu'il ne croit pas assez sûre pour exiger qu'il en donne la description.

Verduc, dans sa *Pathologie de chirurgie*, n'est pas si circonspect. C'est d'après le texte de Fabrice de Hilden qu'il a composé son chapitre de la luxation des vertèbres ; il se donne pour auteur du procédé, et il ne cite Fabrice de Hilden que pour s'étayer accessoirement de son auto-

rité, en rapportant l'opération faite par lui pour l'extraction de la lame du couteau. Il n'y eut jamais de plagiat plus honteux. Le maître en chirurgie de Paris, qui a été l'éditeur de la quatrième édition de la *Pathologie* de Verduc, n'a eu aucun soupçon de ce larcin littéraire, puisqu'il dit, dans ses remarques, que sans vouloir blâmer l'auteur de la bonne intention qu'il a eue en proposant la réduction de la luxation des vertèbres en dedans, il est bon d'avertir les jeunes chirurgiens, qu'il semble n'avoir proposé cette opération que gratuitement, ne l'ayant jamais faite ni vu faire, et qu'il y aurait beaucoup de témérité à l'entreprendre, parce qu'elle ne réussirait pas à coup sûr, quelques raisons qu'il ait alléguées pour en établir la possibilité : ce correctif est judicieux. Mais au temps où il a été donné, les praticiens paraissent avoir eu plus besoin d'être excités que retenus.

I.re Obs. *par Saviard.* — Saviard, qui a publié ses *Observations chirurgicales* en 1702, dit qu'au mois de novembre de l'année 1687, on apporta à l'Hôtel-Dieu un homme qui était tombé d'un troisième étage sur le pavé. Il était blessé, dit-il, d'une luxation de la onzième vertèbre du dos, ce qui l'avait rendu à l'heure même paralytique des parties inférieures, et lui avait causé en même temps une suppression d'urine et des matières stercorales, ensorte qu'il n'urinait que par la sonde, et ne rendait ses déjections que par le moyen des clystères. Saviard ajoute que cette luxation étant incurable, le blessé vécut encore pendant six semaines dans ce malheureux état.

On cherche la preuve de la luxation dans ce fait : le titre seul de l'observation suffit-il pour en faire foi ? La fracture des vertèbres donne les mêmes symptômes, la cause en a presque toujours été méconnue : Saviard, qui croyait à la

(1) Obs 29.

luxation des vertèbres, ne parle d'aucune tentative de réduction dans le cas où il pensait l'avoir rencontrée.

Le défaut de déplacement des pièces fracturées a pu lui faire illusion dans l'observation suivante :

II.ᵉ Obs. *par Saviard.* — Le 11 août 1695, un homme fit une chute dans une cave ; et se heurta si rudement la région lombaire sur le degré, qu'il demeura sur-le-champ paralytique des parties inférieures, avec suppression du cours des urines. L'auteur jugea qu'il n'y avait ni fracture ni luxation. Les soins de propreté ne furent pas négligés ; on sondait le blessé deux fois par jour ; il était couché sur un bourrelet pour prévenir l'excoriation sur l'os sacrum ; on lui faisait des fomentations animées. Malgré ces attentions, la gangrène se manifesta au croupion ; elle devint de jour en jour plus profonde, et le malade mourut le 19 septembre suivant, au bout de 39 jours, sans fièvre ni aucun autre fâcheux accident, et même sans extinction de chaleur dans les parties paralysées, à l'exception des endroits qui souffraient compression par le simple appui.

III.ᵉ Obs. *par l'auteur.* — J'ai vu un cas tout-à-fait semblable à l'hôpital de la Charité ; le blessé mourut vers le 40.ᵉ jour. On n'avait pas jugé qu'il y eût ni luxation ni fracture : l'épine paraissait sans déplacement ; on faisait souffrir le malade quand on appuyait un peu fortement sur la seconde vertèbre des lombes. On attribuait ce phénomène à une contusion profonde causée par la chute, et la paralysie à la commotion de la moelle épinière. Nous fûmes détrompés à l'ouverture du cadavre ; il y avait fracture aux apophyses épineuse et oblique : la moelle en cet endroit était comme œdémateuse, et baignée d'une lymphe roussâtre épanchée.

Cette observation doit servir à apprécier les deux exemples rapportés par Saviard, qui, dans le premier, attribue, sans aucune preuve, les accidens à une luxation, et qui, dans l'autre, n'a reconnu ni luxation ni fracture. Il est

louable du moins d'avoir donné avec zèle à ses malades, des soins par lesquels on a adouci leur triste situation autant qu'elle pouvait l'être, et qui a prolongé leur vie environ six semaines, qui est le terme ordinaire dans ces sortes d'accidens. L'omission des secours peut abréger considérablement la vie des blessés. Nous pourrions peut-être en donner pour preuve la 23.e observation de la seconde centurie de Riedlinus, médecin à Ulm.

IV.e Obs. *de Riedlinus.* — En 1659, un homme de 40 ans se laissa tomber du haut d'un arbre qu'il ébranchait. Il resta quelques heures par terre : il avait perdu le sentiment et le mouvement des parties inférieures et du bras gauche : on reconnut une fracture de l'épine entre les deux épaules. Ce blessé ne rendit d'urine que quelques heures avant sa mort, qui survint tranquillement le troisième jour : *morte placidâ succedente.* L'auteur attribue une fin si prompte au siège de la fracture : *ob loci affecti sublimitatem;* le mal étant, dit-il, d'autant plus dangereux que la fracture est plus près de la tête. On n'a pas secouru le malade du côté des urines retenues pendant trois jours. Cette seule négligence a pu lui être funeste. J'ai donné des soins dans une fracture beaucoup plus haute, et le malade n'a péri qu'au terme ordinaire, vers le 40.e jour. Les secours de la chirurgie sont toujours utiles et bienfaisans, lors même qu'on a le regret de ne pouvoir sauver le malade, parce que le mal est au-dessus des moyens efficaces de l'art.

V.e Obs. *par l'auteur.* — Un homme de Franconville, près Pontoise, âgé de 25 ans, étant au haut d'un arbre assez élevé, d'où il voulait enlever un nid d'oiseaux, la branche se trouva trop faible pour soutenir le poids de son corps, elle rompit; il ne put dire s'il avait souffert quelques percussions en glissant de branches en branches, mais il assura que les inférieures, par leur élasticité, l'avaient jeté tout étendu sur son dos, à huit pieds du tronc

de l'arbre, où il fut trouvé à six heures du soir le lundi de la Pentecôte, 15.e du mois de mai 1758, huit heures après l'accident. Il était en chemise; il se plaignait d'avoir très-froid. Son corps était paralysé depuis le dessus des épaules, n'ayant que la tête de libre. On fit venir une femme de Pontoise, que le public emploie en qualité de renoueuse: elle mania le col du blessé, et le frotta d'une graisse. Le lendemain 16 de mai, on l'amena sur une charette à l'hôpital de la Charité, à huit heures du soir, trente-quatre heures après sa chute. Les urines coulaient involontairement et par regorgement, car la vessie était fort distendue. L'usage habituel de la sonde remédia à cet inconvénient. La tête était penchée sur la poitrine, sans possibilité au malade de la redresser : il n'y avait au col ni douleur ni gonflement, mais en le tâtant à l'endroit le plus bombé par la flexion involontaire, lequel répondait aux dernières vertèbres du col, on sentait sous les muscles qui les recouvrent une très-grande mobilité dans la colonne épinière : c'était le seul désordre apparent qu'il y eut dans la structure fondamentale de cette partie. En soulevant la tête perpendiculairement, je redressai le col par un alongement bien manifeste; mais il ne tenait pas dans cet état, que les personnes de l'art, médecins et chirurgiens, qui virent le malade, ne purent caractériser; j'y sentais une crépitation sourde, et je prononçai qu'il y avait fracture. L'idée à laquelle on se fixa le plus généralement, c'est qu'il y avait eu rupture des ligamens; le fait représentait vraiment la succussion ou quassation, le Σεισις d'Hippocrate, la subluxation de Paul d'Egine. Houllier et Paaw l'ont définie une faiblesse ou relâchement des ligamens qui rend l'épine vacillante, en sorte qu'elle s'alonge par l'éloignement des vertèbres. *Laxatis nimis, quibus connectuntur ligamentis, ubi vacillant, fluctuant, et à se invicem in longitudinem abeunt.* Ces commentateurs, à la vue de ce cas, se seraient sans doute su grand gré d'avoir si bien rendu

leur auteur ; mais c'est la nature qu'il faut savoir interpréter. La facilité de redresser le col me fit prendre le parti de le maintenir dans sa direction naturelle. Je mis sur la partie postérieure du col une étouppade épaisse, couverte d'un liniment fait avec la dissolution d'alun dans le blanc-d'œuf, et animé d'eau-de-vie. Je la soutins par des compresses et des attelles de carton épais, entourées de linge, et mises parallèlement des deux côtés de l'épine, lesquelles s'étendaient supérieurement jusqu'à l'occipital, et inférieurement au-dessous de la quatrième vertèbre du dos. Elles étaient contenues légèrement par des tours de bande circulaires, et le bandage divisif de la tête avec une bande à deux chefs, dont le milieu posé sur le front, vient croiser entre les deux épaules, pour revenir antérieurement par dessous les aisselles, et aller se recroiser sur le col, etc. ; ce bandage, dis-je, affermissait tout l'appareil. Le malade parut en recevoir quelque soulagement. Je ne négligeai aucun des soins qu'on pouvait donner à cet homme ; il était robuste ; je le fis saigner plusieurs fois : on ne négligea ni les frictions sèches sur les parties paralysées et le long de l'épine, ni les embrocations vulnéraires et pénétrantes avec le baume nervin et celui de Fioraventi. Le malade n'a survécu que huit jours ; il a conservé jusqu'au dernier moment la liberté du raisonnement, et n'a éprouvé aucun sentiment de douleur.

L'ouverture du corps me parut intéressante; il y avait des fractures très-irrégulières à toutes les apophyses des deux dernières vertèbres du col ; les épineuses, les transverses, les obliques étaient brisées, mais sans déplacement sensible. La gaîne ligamenteuse qui tapisse le canal de la moelle était entier du côté du corps des vertèbres, et avec lacération correspondante aux fractures. La moelle épinière était d'un rouge-brun de ce même côté, cela représentait un reste d'ecchymose dont la résolution n'avait pas été faite complètement. Cet état indique la nécessité

des saignées plus fréquentes qu'on ne les fait ordinairement, parce que les malades étant sans fièvre, on a la fausse crainte de les jeter dans l'atonie et l'affaissement qui sembleraient devoir aggraver le mal. La paralysie dans ce cas vient de l'engorgement des vaisseaux; on se guide d'après l'effet, sans prendre égard à la cause.

Les détails dans lesquels M. Heister est entré sur la luxation des vertèbres, ne prouvent pas son existence, et les raisons qu'il donne sur la difficulté même de la luxation incomplète, la seule qu'il admette sans fracture, pourraient servir à en démontrer l'impossibilité; car les huit apophyses obliques qui forment la jonction d'une vertèbre avec ses voisines, ne peuvent cesser de se toucher, que son corps ne soit déplacé dans la même proportion. Or, comment concevoir qu'une violence extérieure qui agira sur ces apophyses très-fragiles, pourra les luxer lorsqu'elles sont fortement retenues par toutes les parties ligamenteuses et tendineuses qui les fixent immédiatement, mais encore par la surface très-étendue du corps de la vertèbre, qui serait obligé d'abandonner en même temps le corps de la vertèbre supérieure et celui de l'inférieure, avec lesquelles elle est jointe. En considérant sans prévention cette structure, on voit qu'il faut bien moins d'efforts pour causer le fracas des vertèbres, que par les désunir même incomplètement. L'autorité de M. Heister n'est donc ici d'aucun poids, quoiqu'il ait donné des préceptes pour la réduction des vertèbres luxées. Ces préceptes supposent la maladie, mais n'en prouvent pas l'existence, ce qui est le point précis de la discussion.

Le chapitre où cet auteur parle de la fracture des vertèbres, n'est pas susceptible de la même répréhension. Gouei avait prétendu que le corps des vertèbres ne pouvait être fracturé que par un coup d'arme à feu. M. Heister assure contradictoirement (VI.e Obs. *par Heister*), avoir vu la fracture des vertèbres par une chute violente

faite de fort haut sur le dos. Le blessé mourut en peu de temps; la moelle épinière avait, dit-il, été rompue. Il y a apparence que c'est d'après la paralysie des parties inférieures qu'il a jugé de cette rupture, et c'est une fausse spéculation, car les fractures ne se font guères par l'effet de la percussion immédiate, mais par la secousse et l'ébranlement dont l'endroit fracturé est le centre. Aussi ne voit-on ni plaie, ni ecchymose, ni contusion à l'extérieur. D'ailleurs les moyens que la nature a employés pour contenir les vertèbres, empêchent le déplacement dans le fracas même le plus considérable. Je ne connais pas d'observation qui prouve la rupture de la moelle : cela peut arriver, et ce sera une exception au cours ordinaire des choses. Ne suffit-il pas que les vaisseaux qui vont à la moelle de l'épine soient engorgés, que des fluides épanchés ou des pièces d'os la compriment, pour que le blessé soit privé du sentiment et du mouvement? La fausse idée de la rupture de la moelle pour produire cet effet, donne lieu à de grandes inconséquences dans la théorie et dans la pratique de M. Heister. Quand la moelle est rompue, on ne doit, selon lui, s'attendre qu'à une mort inévitable; et il ajoute que, cependant, comme il paraît cruel d'abandonner le malade à son malheureux sort, quoiqu'on n'espère rien des secours de l'art, on doit mettre la partie de la moelle blessée à découvert, supposé qu'elle n'y soit pas déjà, et on relèvera les fragmens qui piquent la moelle : s'ils ne tiennent plus à rien, on les ôtera tout-à-fait, et on pansera la plaie méthodiquement, jusqu'à ce qu'elle soit parfaitement consolidée ou que le malade meure.

Je remarquerai sur cette alternative que, selon le principe de M. Heister, la terminaison funeste est inévitable; il venait de le dire en termes non équivoques. Cependant sa conjecture sur le succès est mieux fondée qu'il ne l'a cru. L'observation suivante montrera toute l'étendue des ressources de l'art dans un cas qui jusqu'à présent aurait pu être regardé comme désespéré.

Obs. VII.e *par l'auteur.* — Le 20 novembre 1762, M. de Villedon, capitaine au régiment de Vaubecourt, aujourd'hui Aunis, reçut un coup de feu au dos, en se tournant pour recharger son fusil, à l'affaire du pont d'Aménébourg, sur l'Horn. Il tomba sur le coup, et se sentant sur le-champ paralysé des parties inférieures, il se crut dévoué à une mort inévitable et prochaine : il ne voulait pas qu'on l'enlevât de la place, objectant qu'à la chasse les lièvres qu'il avait blessés comme il l'était, n'avaient eu que peu de momens à vivre. Malgré ses objections et ses instances on le transporta à l'hôpital de la ville de Marbourg, où M. Duplessis, chirurgien-major de l'armée, lui fit administrer les premiers secours. Je ne le vis que le troisième ou quatrième jour, ayant été occupé d'abord au village de Rosdorff, où tous les blessés avaient d'abord été déposés, et au traitement desquels je surveillais en attendant qu'on pût les transporter successivement aux hôpitaux de la ville. M. Duplessis m'y fit voir M. de Villedon dans l'état le plus fâcheux, ayant beaucoup de fièvre : on était dans l'obligation de le sonder plusieurs fois le jour à cause de la rétention des urines. Les saignées réitérées avaient été faites à temps, la plaie avait été largement débridée, et la balle avait été extraite. Je portai mon doigt au fond de la plaie dans son centre, et je sentis plusieurs pièces d'os vacillantes, dont quelques-unes étaient assez considérables. J'en conférai avec mon confrère. Il convint avec moi du danger très-imminent où était le blessé, qui se croyait lui-même sans ressource. Je rapportai les cas de fractures de l'épine que j'avais observés, et les causes de l'événement funeste qui en avait été la suite. Nous établîmes le parallèle du traitement des plaies de tête où l'on enlève, sans hésiter, les fragmens du crâne, qui piquent ou compriment simplement la dure-mère, et les fréquentes indications de trépan et même sans fracture, pour donner issue aux matières épanchées, et même pour prévenir l'épanchement

dans le cas de fracture sans accidens. Je dois à la mémoire de M. Duplessis la justice de dire que dans cette conférence, où la confiance et l'amitié étaient réciproques, notre manière de penser fut la même; et quand j'avais avancé un fait ou une raison pour prouver la nécessité de l'extraction des fragmens des apophyses cérébrales, il ne répliquait que pour ajouter des raisons et des faits qui m'auraient convaincu de cette nécessité si j'avais été d'un sentiment contraire. On y procéda dès le lendemain au plus prochain pansement, avec les précautions convenables. La moelle ayant été débarrassée, l'intérieur de la plaie n'étant plus molesté par des pointes d'os, il s'établit une suppuration abondante et louable; le malade parut mieux de jour en jour, les extrémités recouvrèrent de la sensibilité et un commencement d'action. Les excoriations, signes précurseurs de la mortification, n'eurent pas lieu; enfin M. de Villedon a guéri parfaitement. Il a été longtemps à ne pouvoir se soutenir que sur des béquilles. Il a fait un ou deux voyages aux eaux de Barèges; il jouit maintenant d'une bonne santé, dans une terre en Poitou. Il marche à l'aide d'une canne, car les extrémités inférieures sont restées faibles et n'ont pas leur embonpoint ordinaire; il y en a une bien plus atrophiée que l'autre. Quoi qu'il en soit, c'est une victime que l'art a soustrait à une mort certaine.

On peut juger, par ce fait, du succès qu'on aurait pu obtenir dans d'autres cas, en appliquant les préceptes lumineux que nous avons sur le traitement des lésions de la tête à celui des lésions de l'épine. C'est un grand pas vers la perfection que de faire sentir la nécessité et l'utilité de la conduite à tenir dans ces circonstances. Il s'en présentera où, d'après la discussion des faits cités et de ceux qui me restent à rapporter, on prendra avec prudence un parti moins timide que celui qu'on a suivi jusqu'à présent. Continuons de consulter l'expérience.

Obs. VIIIe *par M. Tabarrani.* — M. Tabarrani a publié à Lucques, en 1755, un recueil d'observations d'anatomie, à la tête desquelles il y en a trois sur la fracture des vertèbres qu'on avait prises, du vivant des blessés, pour des luxations.

Un porte-faix de la ville de Rome, âgé d'environ 45 ans, d'un embonpoint médiocre, mais d'une forte constitution, tomba dans le Tibre le 13 décembre 1736, et il courut le risque de s'y noyer.

On le transporta sans délai à l'hôpital Sainte-Marie de Consolation, roide de froid. Il y eut de la fièvre pendant les premiers jours seulement. Les extrémités inférieures, paralysées dès l'instant de la chute, restèrent sans mouvement ni sentiment; les bras même avaient éprouvé une diminution de puissance; la vessie ne se vidait que par l'usage de la sonde, et il n'allait à la selle que par le moyen des lavemens, des suppositoires, ou en prenant de la manne. Il mourut le 21 décembre, au bout de huit jours.

On examina l'épine avec une grande attention. Il parut, au corps de la quatrième vertèbre du dos, sous le ligament extérieur, à la face qui regarde la poitrine, une fracture, laquelle était avec écrasement du côté de la moelle de l'épine. Cette vertèbre était un peu plus saillante que ses voisines : la moelle était absolument sans lésion au-dessus et au-dessous de la vertèbre fracturée; mais à l'endroit qui y répondait la moelle était en dissolution et blanche, à l'exception d'un seul côté où elle était livide par l'engorgement des vaisseaux qui pénétraient dans la substance médullaire. Le célèbre Leprotti, premier médecin de Benoît XIV, témoin de l'ouverture, a vérifié le fait le scalpel à la main.

Obs. IXe *par le même.* — Un paysan âgé d'environ 40 ans, s'était blessé en se précipitant du haut d'un rocher pour éviter d'être pris par des gardes. Il fut porté au même hôpital. Les extrémités étaient paralysées; il ne se faisait aucune excrétion ni par les urines ni par les selles; il cru-

chait le sang et avait de la peine à respirer. Il mourut le 17.e jour.

On trouva de la lividité à l'extérieur de la poitrine, contusion au muscle pectoral, et un peu de sang épanché sur le diaphragme. La cinquième et la sixième des vraies côtes étaient fracturées près de leur articulation avec les vertèbres ; le corps de la cinquième et de l'onzième dépassaient le niveau des autres. Les apophyses épineuses de ces vertèbres étaient fracturées près de leur base, et le corps de ces deux vertèbres brisé avec fracas, sans le moindre changement de situation dans les pièces qui avaient souffert un si grand désordre.

Obs. X.e *par le même.* — En 1740, au commencement de janvier, on reçut dans un des hôpitaux de Bologne, un homme de 40 ans, paralytique des parties inférieures, avec rétention d'urine. Il était au trentième jour d'une chute du haut d'un arbre. On remarqua comme une singularité que cet homme était tombé debout sur ses pieds. Il est mort à la suite de la gangrène et du sphacèle à la région de l'os sacrum. On l'avait cru attaqué d'une luxation de l'épine. L'ouverture du corps, faite en présence de personnes de l'art très-instruites, ne vérifia pas cette conjecture. A force de recherches, on trouva enfin une fracture à la dernière vertèbre du dos, et M. Tabarrani ne fut induit à examiner cette vertèbre plus scrupuleusement, qu'après avoir vu que le cartilage intermédiaire n'était pas dans son état naturel, car il n'y avait pas le moindre déplacement ; mais après l'avoir enlevée, on reconnut plusieurs félures à son corps. Un fragment s'en était détaché postérieurement ; il faisait éminence dans le canal et comprimait la moelle.

L'objet de M. Tabarrani, en publiant ces observations, a été de faire connaître l'erreur commune sur les luxations des vertèbres qui n'existait pas, et la distraction d'esprit où l'on était sur la fracture de ces parties qui est si fréquente. D'ailleurs il termine ces trois faits par la réflexion

de Celse sur les luxations de la tête, et dans les mêmes termes, pour disculper, par l'impuissance de l'art, dans un cas qu'il suppose nécessairement mortel, ceux dont on implore le secours.

M. Morgagni a fait usage de ces observations dans son grand ouvrage sur le siége des maladies; Valsalva et lui avaient remarqué la même chose à l'ouverture de deux cadavres ; il discute les faits rapportés par plusieurs auteurs, sur la luxation des vertèbres; ils lui sont légitimement suspects. On y voit un manque d'attention sur des circonstances essentielles qui devraient en faire le principal mérite. Il regrettait qu'on n'eût pas sur cette matière un plus grand nombre de cas, et observés avec plus d'exactitude. *Justa est causa optandi ut sæpiùs ac diligentiùs res esset à majoribus investigata.* (Morgagni, *De sedib. morbor.*, lib. IV, epist. LVI).

Les faits de pratique que nous avons rapportés, joints à ceux que l'Académie a recueillis, auraient pu rendre l'illustre auteur dont nous rappelons ici le vœu, moins sensible à la disette des observations sur ce sujet, qui deviendra plus intéressant à mesure que de nouveaux faits y porteront plus de lumières.

Obs. XI.e *par feu M. Chappillon, membre de l'Académie.*—Feu M. Chappillon fut appelé le 3 juillet 1765, vers les quatre heures après-midi, pour voir M. Duchesne, marchand libraire, qui, dans son magasin, le dos courbé, venait d'être renversé par une pile de livres en feuilles tombée sur lui de la hauteur de plus de vingt pieds. Il fut bientôt dégagé de dessous cette masse, dont le poids total fut estimé être de 50 milliers. Le blessé se plaignait de douleurs très-aiguës dans toute l'étendue du col et entre les épaules; l'on ne pouvait y toucher sans en exciter de plus vives. Toutes les parties inférieures étaient privées de mouvement et de sentiment. Il avait diné fort tard et copieusement; cette raison fit différer la saignée. On appliqua des

peaux de moutons tués exprès sur-le-champ ; il n'en reçut aucun soulagement. M. Moreau fut appelé ; on frotta toute l'épine avec du baume de Fioraventi ; on appliqua des compresses trempées dans de l'eau-de-vie camphrée. La première saignée fut faite à minuit, la seconde à quatre heures du matin, la troisième à neuf heures ; on le fit uriner plusieurs fois par le moyen de la sonde. Malgré ces secours la respiration devint difficile, le délire survint, et il mourut seize heures après l'accident.

A l'ouverture du corps, on vit la face, le col et la région des épaules ecchymosés. En pressant la poitrine, le sang ruisselait par la bouche : les poumons en étaient considérablement engorgés, et il était très-noir. Il n'y avait aucun épanchement dans la cavité de la poitrine. M. Chappillon ayant dégagé tous les muscles qui couvrent la partie postérieure des vertèbres du col, fit voir aux gens de l'art qui assistaient à cet examen, un écartement entre la première et la seconde vertèbre du col ; il permettait l'introduction du bout du doigt. Les apophyses épineuses de la seconde, troisième, quatrième et cinquième vertèbres étaient fracturées et séparées de leur corps ; mais ceux-ci n'avaient souffert aucun déplacement ; les cartilages intermédiaires paraissaient seulement plus mobiles et plus vacillans qu'ils ne devaient l'être.

Si le choc qui a renversé ce blessé et brisé les vertèbres n'a pu les déplacer, comment imaginer la possibilité de la luxation sans fracture ? Cette blessure a dû paraître au-dessus des ressources de l'art : cependant dans un accident aussi fâcheux et tout-à-fait désespéré, que risquerait-on à pratiquer une incision par laquelle on pénétrerait jusqu'aux apophyses fracturées, pour débarrasser la moelle épinière des esquilles qui la blessent, et donner issue au sang épanché ? L'incision est d'une ressource plus prompte et plus certaine pour évacuer le sang épanché, que l'application d'une peau de mouton pour en opérer la résolution.

Obs. XII.e *par M. Dupuid, membre de l'Académie.* — Un homme d'environ 50 ans, se jetta de la fenêtre d'un troisième étage, dans la rue, le 29 juin 1764. Il eut sur-le-champ tous les symptômes de la lésiou de la moelle épinière. On le transporta au Châtelet, où M. Dupuid l'examina. Il sentit très-distinctement une crépitation à la dernière vertèbre lombaire, et un enfoncement en cet endroit. Les secours ordinaires furent administrés à cet homme au Châtelet, sous la direction de M. Dupuid, et ensuite à l'Hôtel-Dieu où il fut transféré. Il y mourut le 22 juillet. M. Dupuid qui, par humanité, s'intéressait au sort de cet homme, ne l'avait pas perdu de vue. Il a assisté à l'ouverture de son corps, et a présenté, avec l'observation dont je donne le précis, la pièce probante. Le corps de la première vertèbre des lombes est fracturé dans le milieu de son épaisseur, de sorte que les apophyses transverses tiennent à la portion supérieure de la vertèbre : les apophyses obliques supérieures sont cassées à leur base, au-dessus de l'apophyse épineuse ; et cette apophyse, avec la portion du cercle osseux d'où elle naît, et qui forme la partie postérieure du canal de l'épine, ne tenait plus que par contiguité, c'est-à-dire, par les facettes articulaires des apophyses obliques inférieures. Il s'est trouvé de plus une double fracture au sternum, l'une transversale au premier os, un peu au-dessus des attaches des cartilages de la seconde côte ; l'autre fracture forme une portion de cercle à la partie inférieure du second os, l'une et l'autre sans déplacement. Il est inutile de rechercher dans lequel des deux endroits le blessé a été frappé primitivement, car l'on estime qu'une des deux fractures est un effet de contre-coup : on a observé qu'entre la fenêtre et le pavé de la rue, le blessé n'avait pu être arrêté ni frappé par aucun corps intermédiaire. Mais la fracture des vertèbres et celles du sternum ont été faites en même temps, et il n'est pas nécessaire que l'homme ait été frappé directement ni en

l'un ni en l'autre des endroits lésés. L'ébranlement universel aurait pu, dans une pareille chute, multiplier les fractures aux parties susceptibles de partager le mouvement de la concussion porté à un degré de force supérieur à leur résistance.

Cet homme a survécu vingt-trois jours. La fracture avait été reconnue dès le premier instant, et la mort était certaine en abandonnant la blessure au cours ordinaire des choses. Dans une fracture du crâne avec paralysie du corps à la partie opposée, hésiterait-on de recourir à l'opération du trépan ? On aurait fait très facilement l'extraction de l'apophyse épineuse : le sang épanché primitivement sur la moelle de l'épine aurait eu une issue libre. Il est bien vrai que l'étendue du désordre aurait pu rendre l'opération inutile ! Encore une fois, l'homme a survécu vingt-trois jours, et la nature aidée a bien des ressources. Au reste, on éprouve l'inconvénient du non succès dans les fractures du crâne, lorsqu'elles se prolongent vers la base où la bienfaisance du trépan ne peut s'étendre, alors c'est l'accident qui fait le danger, et non le secours : dès qu'il y a une indication précise pour l'administrer, on manquerait à l'humanité et à l'art en ne le donnant pas. Il suffit d'avoir suivi ce que la droite et saine raison prescrit. Hippocrate en a fait un précepte : *Omnia secundum rationem facienti, si non succedant secundum rationem, non est transeundum ad aliud, manente eo quod à principio visum fuit.* (Aphorism. 52, sect. 2).

L'observation suivante présente un cas où la nature, dans un fracas plus considérable, a paru demander à être délivrée des fragmens de vertèbres, et où l'on voit ce qu'elle a fait pour son soulagement.

Obs. XIII.e *par M. Bourienne, correspondant de l'Académie.* — Un caporal du régiment de Picardie tomba, le 7 novembre 1774, de quinze pieds, ou environ, dans un escalier. Il fut porté à l'hôpital militaire de Bastia. Une

plaie contuse à la partie moyenne supérieure de l'occipital, fixa la première attention ; elle exigea une incision pour débrider le péricrâne, et par les soins méthodiques de M. Bourienne, chirurgien-major des troupes du roi en l'île de Corse, elle fut parfaitement cicatrisée le 24.e jour. Mais dès le premier jour de l'accident, le blessé se plaignait vivement d'une douleur à la région des lombes ; le moindre mouvement lui faisait jeter des cris perçans ; les extrémités inférieures devinrent paralytiques. M. Bourienne, qui n'aperçut ni par la vue ni par le tact le moindre dérangement à la colonne vertébrale, imagina que la commotion de la moelle épinière, ou une contusion profonde, occasionnaient ces douleurs ; il fit saigner le malade plusieurs fois, fit faire des embrocations vulnéraires et résolutives. On soulageait le malade par la sonde pour empêcher l'amas des urines dans la vessie ; on ne négligeait aucun secours. Le 3.e jour, le dos parut bombé, et les apophyses épineuses des trois dernières vertèbres dorsales faisaient une saillie assez considérable. L'une de ces apophyses était vacillante. Il n'y avait plus de doute sur la fracture : le cas parut des plus graves ; on s'en tint à cette considération ; les excoriations commencèrent bientôt et devinrent gangréneuses. La tumeur extérieure, formée par le dérangement des vertèbres, eut le même sort ; les apophyses fracturées furent à découvert. L'état désespéré du malade ne conseilla que des secours palliatifs, et le malade mourut le 21 décembre, le 44.e jour de sa chute.

M. Bourienne a enlevé une portion de la colonne de l'épine qui comprend les trois dernières vertèbres du dos et les deux premières des lombes. Les apophyses épineuses des deux dernières vertèbres dorsales sont absolument détachées, et leur extraction aurait sans doute infiniment soulagé le malade. Le corps de la dernière vertèbre a été écrasé antérieurement du côté du ventre, par le corps de la vertèbre supérieure. L'on voit que le corps de cette

même vertèbre supérieure a été fracturé aussi par écrasement, et que la consolidation s'en est faite. Il y a plus; l'apophyse épineuse de l'avant-dernière vertèbre dorsale, fracturée et séparée entièrement, s'est réunie sur l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre. Ne sont-ce pas là des preuves des ressources de la nature, et des efforts qu'elle fait constamment pour sa conservation ?

Le temps est trop borné pour pouvoir continuer ce que j'aurais à dire sur une matière aussi intéressante. Il est facile de juger à quels tourmens on aurait exposés tous ces blessés avec fractures, par des tentatives de réduction et de replacement, dans la fausse prévention qu'il y avait luxations. Duverney, dans son *Traité des maladies des os*, n'a pas eu les doutes de Morgagni contre la possibilité de la luxation des vertèbres : il tranche la question négativement, et ses raisons me paraissent sans réplique. Qu'on relise avec attention la manière dont les partisans les plus éclairés de l'opinion contraire prétendent que se peuvent faire les luxations incomplètes, par le seul déplacement des apophyses obliques, on verra que ce déplacement exigerait que le corps même de la vertèbre fût déplacé. Je l'ai déjà dit, si l'on se représente la structure des vertèbres, les différentes éminences par lesquelles elles sont comme entrelâcées, la force des ligamens qui les unissent, les muscles et les tendons qui y ont des attaches très-courtes, très-fortes et très-multipliées, on conviendra que pour faire sortir une seule apophyse des bornes de son articulation, et rompre tous ces liens, il faudrait un effort cent fois plus grand que pour briser les vertèbres. L'expérience et la raison réunies sur ce point de pratique, doivent faire envisager les lésions de l'épine sous un tout autre aspect qu'on ne l'a fait jusqu'ici. Les observations rapportées dans ce mémoire sur la fracture des vertèbres, ouvrent un nouveau champ à cultiver dans la pratique. Mais pour être en garde contre les erreurs et les entreprises téméraires, il

est à propos de traiter dans une autre dissertation, des contusions de l'épine et des effets de sa commotion, dont les symptômes se présentent comme ceux des fractures : il y a des nuances très-délicates à saisir. Faute de discernement on pratiquerait des opérations toujours dangereuses quand le besoin ne les prescrit pas, pour faire cesser des accidens qui auraient cédé au temps et à l'administration des remèdes. Ce sera le sujet d'un autre mémoire, si l'assemblée est satisfaite de celui-ci.

Il ne sera pas inutile de placer ici une observation publiée il y a trente ans par Dupuytren. Il la donne à la suite de deux observations de luxations compliquées de fractures, et l'intitule *Luxation pure de la colonne vertébrale.*

Une femme (Jeanne Baboton), âgée de cinquante-six ans, d'une stature élevée et d'un grand embonpoint, fit, en descendant un escalier, le soir, une chute à la renverse, et tomba violemment sur la partie posterieure et inférieure du col, qui heurta contre le bord d'une marche.

La malade fut relevée vingt degrés plus bas, privée du mouvement et du sentiment dans presque toutes les parties situées au-dessous du col. Elle souffrit beaucoup toute la nuit de la partie inférieure de cette région, et fut tourmentée d'une soif ardente. Elle n'eut qu'une évacuation.

Le lendemain matin, la malade fut transportée à l'Hôtel-Dieu; elle éprouvait alors de vives douleurs au bas de la région cervicale, qui augmentaient encore par le plus léger contact et au moindre mouvement qui lui était imprimé. La tête et le col étaient inclinés en avant et un peu à droite; la partie postérieure du col était déprimée et la partie supérieure du dos saillante. Il y avait perte totale de la sensibilité dans les membres inférieurs. Le rectum, la vessie, les parois de l'abdomen, tout semblait frappé de mort jusqu'au diaphragme. Au-dessus de ce point, les membres thorachiques étaient encore atteints d'une paralysie incom-

plète du mouvement et du sentiment; la respiration était fréquente et laborieuse; mais la voix, les sens, les mouvemens de la face et les facultés intellectuelles n'avaient éprouvé aucune altération et semblaient appartenir à un autre individu. D'ailleurs le pouls était développé et mou, la langue aride et un peu brunâtre, la peau dans l'état naturel sous le rapport de l'exhalation et de la chaleur vitale. Il était facile, d'après ces symptômes, de juger qu'il y avait affection très grave de la moelle de l'épine, causée par une solution de continuité de la colonne vertébrale, Dans cet état, la malade fut saignée du bras, et à quatre heures du soir la respiration sembla meillenre, la soif moins vive, et la langue moins sèche; cependant il était facile de juger que la malade ne tarderait pas à périr : en effet, dans la nuit suivante la respiration devint stertoreuse, la parole difficile, la face livide et vultuense, et la malade, dont les fonctions intellectuelles restèrent intactes pendant tout ce temps, périt le matin, trente-quatre heures après son accident.

A l'ouverture de son corps, faite sous nos yeux par M. le docteur Pouqueville, on observa une ecchymose et des sugillations bleuâtres à la partie postérieure du col; une saillie en arrière de la partie supérieure de la colonne dorsale, et une autre en sens opposé de la colonne cervicale. Le tissu cellulaire et les muscles subjacens étaient baignés de sang. Les parties immédiatement appliquées à la colonne cervicale étaient détruites et laissaient voir à nu les apophyses articulaires supérieures de la septième vertèbre cervicale, tandis que la sixième vertèbre de cette région était repoussée à un demi-pouce au-devant de la dernière.

On voyait dans l'intervalle de ces deux os la moelle de l'épine tendue d'arrière en avant et de haut en bas, aplatie et comprimée sur le corps de la septième vertèbre cervicale.

La colonne vertébrale, examinée antérieurement, offrait une saillie très-remarquable de toute l'épaisseur du corps de la sixième vertèbre cervicale : cette saillie était environnée de sang. Les ligamens antérieurs de la colonne vertébrale étaient détruits et le pharynx déchiré.

La colonne cervicale ayant été soigneusement détachée, on trouva déchirés les ligamens jaunes, et les surtouts ligamenteux antérieur et postérieur, ainsi que la substance intervertébrale qui unit la sixième et la septième vertèbres cervicales. Cette substance était déchirée de manière que les deux tiers de son épaisseur étaient restés adhérens à la septième vertèbre, tandis que la sixième en avait retenu un tiers seulement.

A l'examen particulier des vertèbres qui avaient souffert le déplacement, on vit que la septième cervicale était entière dans toutes ses parties ; que le sommet de l'apophyse épineuse de la sixième était légèrement entamé, ainsi que le bord de ses apophyses articulaires inférieures.

Toutes les articulations des vertèbres cervicales situées au-dessus de la luxation étaient dans l'état ordinaire ; celle de la septième vertèbre cervicale avec la première dorsale, présentait une mobilité beaucoup plus grande que de coutume.

On n'observa aucune autre altération organique dans le cadavre de cette femme, qui n'avait pas cessé de jouir d'une bonne santé jusqu'au moment de la chute qui occasionna sa mort.

Observations sur quelques cas remarquables de suicide ; par le docteur Ollivier (*d'Angers*).

Empoisonnement par la teinture vineuse des bulbes de colchique.

Premier exemple. *Mort 22 heures après l'ingestion du*

poison. — M. C., propriétaire riche, demeurant Cité d'Antin, N.° 7, avait adopté deux jeunes sœurs appartenant à une famille honorable, et devenues orphelines dès leur enfance. Il leur prodiguait tous les soins et avait pour elles toute l'affection d'un père. M. C., atteint depuis plusieurs années d'un rhumatisme goutteux, faisait assez habituellement usage de frictions avec la teinture vineuse des bulbes de colchique que lui-même préparait en faisant macérer indéfiniment deux bulbes de colchique torréfiées et pulvérisées dans un litre d'un mélange à parties égales de vin blanc et d'eau-de-vie.

A sept heures du soir, le 2 juin 1835, deux heures après le dîner, M.[lle] de Busigné (c'est le nom de la sœur aînée), âgée de 25 ans, avale un verre plein (cinq onces environ) de cette teinture vineuse et alcoholique, préparée depuis deux mois. On me rapporta que la crainte d'une dénonciation qui pouvait compromettre l'honneur d'un membre de sa famille, fut la cause déterminante du suicide de cette demoiselle. Voici l'ensemble des symptômes observés par M. Caffe, qui a rapporté le fait dans le *Journal hebdomadaire* (octobre 1855). Immédiatement après l'ingestion, douleurs atroces dans la région épigastrique : au bout d'une demi-heure on fait avaler deux pintes de lait; on administre ensuite deux grains d'émétique qui déterminent enfin des vomissemens abondans et prolongés, d'un liquide de couleur brunâtre. A une heure après minuit, M. Caffe est appelé, et trouve la malade dans l'état suivant :

Refroidissement général, pâleur très-grande, point de raideur dans les membres, décubitus dorsal, nuls mouvemens convulsifs, épigastre douloureux, surtout à la pression; sentiment de constriction de la poitrine, gêne de la respiration; la paroi abdominale semble d'une température plus élevée que celle du reste du corps; lèvres violettes, paupières habituellement fermées; la malade ouvre

de temps en temps les yeux, et distingue parfaitement ceux qui l'entourent. Les pupilles ne sont pas dilatées, la langue est décolorée, froide ; l'urine n'est pas suspendue ; aucune déjection alvine, vomissemens presque continuels d'un liquide alors incolore et inodore. Le pouls est filiforme, très-lent : une soif ardente dévore la malade qui conserve l'intégrité absolue de son intelligence, et qui répète qu'elle veut mourir, et supplie de ne pas la sauver. Crampes excessivement douloureuses et bornées exclusivement aux deux régions plantaires; état de prostration générale, cris plaintifs de temps en temps.

L'abondance des matières vomies antécédemment ne laissant pas de doute sur l'expulsion complète de la teinture vineuse de colchique, M. Caffe se borna à conseiller des sinapismes à la plante des pieds, frictions aromatiques sur les membres, limonade gazeuse glacée.

Le 3 juin, à six heures du matin, abattement extraordinaire, chaleur moins vive à l'épigastre, yeux caves, envies de vomir très-prononcées; le pouls a repris de la force et de la fréquence; les crampes de la plante des pieds sont moins douloureuses, mais elles n'ont pas changé de siége : sinapismes aux cuisses, dix sangsues à l'épigastre. De midi à cinq heures, moment où la malade a succombé, pouls de plus en plus insensible, refroidissement général, nulle dilatation des pupilles, conservation de l'intelligence, quelques hoquets suivis de nausées de plus en plus rares, douleurs épigastriques se réveillant par accès irréguliers; nulle raideur tétanique.

Cinq heures après la mort, rigidité des membres, abdomen météorisé, yeux enfoncés, leur pourtour est noirâtre; paupières abaissées; en les soulevant on voit que les pupilles ne sont pas dilatées.

Le 5 juin, je fus chargé par M. le procureur du Roi, conjointement avec M. West, de procéder à l'ouverture du cadavre. Soixante-douze heures étaient alors écoulées

depuis la mort. La température était très-élevée; le temps orageux. La putréfaction avait déjà fait beaucoup de progrès; tout le cadavre avait une teinte verdâtre et violacée, sans aucun reste de rigidité. Les poumons étaient sains, le cœur volumineux et flasque; ses deux cavités contenaient un sang noir, avec un coagulum fibrineux, d'un blanc rosé, accolé contre leurs parois. Le foie, la rate étaient gorgés d'un sang noir et liquide; la vessie contenait peu d'urine; les reins n'offraient rien à noter; l'utérus était petit; l'un des ovaires contenait un petit kyste séreux. L'estomac et les intestins furent liés à leurs extrémités et déposés dans un vase pour être soumis à l'analyse chimique, ainsi que les liquides qu'ils contenaient.

Le lendemain nous procédâmes à l'examen de la membrane muqueuse gastro-intestinale, afin de rechercher si la teinture vineuse de colchique n'avait laissé aucune trace de son contact; mais la décomposition putride avait fait de nouveaux progrès; le tissu cellulaire sous-muqueux de l'estomac et de l'intestin était presque par tout emphysémateux, et la membrane muqueuse offrait dans l'estomac et une grande partie de l'intestin une teinte d'un rouge vineux qui me parut résulter uniquement de la putréfaction qui, comme on le sait, fait naître souvent des colorations de cette espèce. D'ailleurs, il n'y avait aucune injection capilliforme dans le tissu de cette membrane, non plus que dans les couches sous-jacentes. Toutefois la membrane muqueuse était friable, se déchirait facilement, circonstance qui aurait eu plus de valeur si le cadavre eût été ouvert dans un tout autre état de conservation.

M. Barruel nous fut adjoint pour l'analyse chimique des liquides retirés de l'estomac et des intestins. Ceux de l'estomac étaient assez limpides et grisâtres : ceux de l'intestin, blanchâtres et épais. Les recherches faites avec le plus grand soin pour découvrir quelques traces de vératrine, furent sans résultats. Nous n'obtînmes, en dernière analyse,

qu'une petite quantité d'un résidu ayant une odeur très-légèrement alcoholique, et une saveur à peine amère. Les liquides de l'intestin donnèrent une notable quantité de caséum provenant du lait qu'on avait fait prendre à la malade au moment de l'empoisonnement.

Le temps écoulé depuis la mort, lors de l'autopsie, me fit regretter que cette opération n'eût pas été faite plutôt, afin de pouvoir mieux étudier toutes les lésions qui résultent de l'empoisonnement par la teinture vineuse alcoholique de colchique, fait sur lequel la toxicologie attend encore de nouvelles lumières. Je ne croyais pas alors que la sœur même de M.[lle] de Busigné me fournirait plus tard l'occasion de compléter, sous plusieurs rapports, les recherches que je venais de faire sur le cadavre de son aînée; en effet, un an était à peine écoulé, que j'étais appelé de nouveau dans les mêmes lieux, pour procéder à l'autopsie de cette jeune personne qui venait de succomber de la même manière que sa sœur, en s'empoisonnant comme elle avec une dose semblable de teinture vineuse de colchique. Voici les renseignemens que j'ai recueillis :

Deuxième exemple. *Mort au bout de vingt-huit heures.* — Depuis la catastrophe qui lui avait enlevé M.[lle] de Busigné, M. C.... n'avait pas joui d'une meilleure santé; toujours souffrant de son rhumatisme goutteux, il avait continué de préparer la teinture vineuse de colchique dont il faisait un fréquent usage en frictions. Concentrant toute son affection sur la seule fille adoptive qui lui restait, et qui avait été témoin de la mort si douloureuse de sa sœur, il était sans défiance, et bien loin de croire qu'elle méditait un semblable suicide. Cette jeune personne, âgée de 20 ans, d'une physionomie gracieuse, de petite taille, d'une constitution nerveuse, était affectée depuis quelque temps d'une tumeur blanche du genou gauche, qui déterminait la claudication. Soit que cette infirmité, qui la menaçait de perdre une partie de ses avantages physiques,

lui ait inspiré le dégoût de la vie, soit qu'il se joignît à cette cause quelque peine secrète, toujours est-il que sans motif évident pour ceux qui l'entouraient, le 7 juillet dernier, à dix heures du matin, cette demoiselle profite d'un instant où elle est seule, et boit de quatre à cinq onces environ de la teinture vineuse de bulbes de colchiques, qui restaient dans la bouteille, teinture préparée depuis quelque temps : il paraît même qu'elle avala une partie du résidu de la macération qui se trouvait au fond de la bouteille.

Peu de temps après, tous les symptômes de l'empoisonnement se déclarèrent, et cette jeune personne ne tarda pas à présenter la série d'accidens que sa sœur avait éprouvés sous ses yeux un an auparavant. Au milieu de ses douleurs, dont la cause avait été immédiatement reconnue, elle ne cessait de répéter : « Ne me sauvez pas, car je me jetterais par la croisée. » Je ne retracerai pas ici tous les symptômes qui se manifestèrent, car ils furent identiques à ceux décrits plus haut : douleurs épigastriques violentes, vomissemens répétés sans déjections alvines ; les selles ne furent déterminées qu'à la suite de lavemens administrés ; sentiment de resserrement de la poitrine, dyspnée extrême, pupilles non dilatées, refroidissement progressif, aucunes contractions tétaniques, mais crampes très-douloureuses dans les deux pieds, surtout dans le gauche, avec douleur vive et continuelle dans le genou gauche du même côté. Pouls de plus en plus petit, concentré ; conservation parfaite des facultés intellectuelles jusqu'à la mort. Du lait donné en abondance, des sinapismes sur les membres inférieurs, un épithème narcotique sur l'épigastre, des lavemens émolliens, des boissons glacées, etc., tous ces moyens furent sans aucune efficacité. La malade succomba le 5 juillet, vers deux heures après-midi, vingt-huit heures après l'ingestion du poison. Les règles existaient chez cette jeune personne au moment du sui-

cide, et leur écoulement ne fut pas interrompu par l'empoisonnement.

Je fus chargé par M. le procureur du Roi de procéder, avec M. Devergie, à l'ouverture du corps, opération qui eut lieu le 7 juillet, à neuf heures du matin, quarante-trois heures après la mort. La rigidité cadavérique était encore fortement prononcée dans les membres, malgré le commencement de putréfaction qui s'annonçait par une teinte verdâtre des parois abdominales : en outre, on observait la même teinte verdâtre bornée à la peau qui recouvre le nez, depuis sa racine jusqu'à la lèvre supérieure. Les pupilles n'offraient aucune dilatation notable. Sugillations cadavériques sur le tronc et les membres. La tumeur blanche du genou consiste en une tuméfaction assez considérable du condyle externe du fémur, avec augmentation de densité du tissu osseux. Tous les vaisseaux de la pie-mère sont très-injectés, de même que la substance cérébrale, dans les trois-quarts postérieurs des hémisphères surtout. Leur quart antérieur ne l'est pas. Cette partie du cerveau est plus molle que tout le reste de l'organe; sa couleur est verdâtre, et elle laisse exhaler l'odeur fétide propre au cerveau qui commence à se putréfier. Les poumons sont dans l'état sain : les deux cavités du cœur contiennent un sang noir, grumeleux, dont une partie forme un caillot fibrineux, rosé, accollé contre les parois ventriculaires auxquelles il adhère légèrement par quelques prolongemens qui s'engagent dans les intervalles des colonnes charnues.

L'estomac, très-distendu par des gaz, contient quelques cuillerées d'un liquide trouble, grisâtre et inodore. La membrane muqueuse, examinée avec le plus grand soin, n'offre dans aucune partie de son étendue de pointillé rouge, d'injection vasculaire; sa couleur est uniformément grisâtre; mais elle est évidemment ramollie, le moindre froissement suffit pour la détacher de tous les points de la face interne de l'estomac, non pas par lambeaux, mai

sous la forme d'un détritus pultacé. Cette altération est la même dans les points qui étaient en contact avec le peu de liquide que contenait l'estomac, que dans ceux qui ne se trouvaient pas en contact avec ce liquide. Le duodénum contenait un demi-verre environ du même liquide grisâtre et inodore. On observait dans toute l'étendue de l'intestin des follicules mucipares de la grosseur d'un grain de millet, et dans le tiers inférieur de l'iléon, les plaques qui résultent de l'agglomération de ces cryptes muqueux, étaient aussi notablement developpées et de couleur violacée. Cet intestin contenait une matière demi-liquide, crêmeuse, blanchâtre, provenant vraisemblablement du lait qui avait été administré en grande quantité peu après l'empoisonnement. L'utérus était un peu volumineux; ses parois laissaient écouler un peu de sang à la coupe par l'orifice de plusieurs vaisseaux notablement dilatés. La face interne de sa cavité était d'un rouge ocracé, comme villeuse, et enduite d'une petite quantité de mucus rougeâtre. Le foie était peu volumineux, mou, de couleur olive-pâle. Les autres organes étaient dans l'étaient sain.

Il est difficile de trouver deux exemples d'empoisonnement qui offrent plus de points de ressemblance : je crois inutile de les résumer ici. Toutefois, je ferai remarquer qu'un symptôme particulier s'est montré dans ces deux cas avec la même persistance; je veux parler des crampes dans les muscles des deux pieds. Ce phénomène serait-il propre à cette espèce d'empoisonnement? Cependant il n'en est pas fait mention dans l'observation que rapporte M. Orfila, d'après le Journal d'Edimbourg (*Traité des poisons*, etc., tome II, p. 159), dont le sujet est un homme de 56 ans qui succomba trois jours après avoir pris par mégarde une once et demie de teinture vineuse de colchique. Il présenta des symptômes différens, sous quelques rapports, de ceux qui sont indiqués précédemment Ainsi, il eut, en même temps que les vomissemens, des

déjections alvines souvent involontaires, et nous avons vu que dans les deux cas il fallut administrer des lavemens pour déterminer les garde-robes ; il survint du délire chez ce malade, tandis qu'ici les facultés intellectuelles sont restées intactes jusqu'à la mort. La dose moindre de teinture vineuse de colchique, le mode de préparation qui a pu être différent et dans d'autres proportions, seraient-ils les seules causes de ces différences dans les symptômes observés ? Enfin, on sait que le colchique doit son action toxique à la vératrine, et M. Magendie a remarqué que cet alcali végétal introduit dans le canal digestif détermine le tétanos quand il est administré à dose un peu forte (Orfila, *Traité de Méd.-légale*, 3.ᵉ édit., tome III, p. 413). Cependant malgré la dose élevée de vin de colchique prise dans les deux cas que j'ai rapportés, il n'y a pas eu la moindre contraction tétanique. Je terminerai en faisant remarquer que le poison n'a pas laissé de traces propres à l'inflammation aiguë de l'estomac et de l'intestin. Le ramollissement si considérable de la membrane muqueuse gastrique était-il l'effet du vin de colchique ou un phénomène cadavérique ? Existait il antérieurement chez cette jeune personne une affection de l'estomac ? L'état particulier du sang contenu dans les cavités du cœur est-il un résultat de cette espèce d'empoisonnement ? Malgré les expériences que j'ai faites sur plusieurs poisons narcotico-âcres, et diverses observations d'empoisonnement que j'ai recueillies, je ne pense pas que ce genre de poison ait pour effet général de déterminer la coagulation du sang.

Quant au suicide, abstraction faite du genre de mort, les diverses circonstances que j'ai mentionnées, et plusieurs renseignemens qui m'ont été communiqués, ne me laissent pas de doute qu'ici l'exemple de la sœur aînée a eu une grande part dans la détermination de sa cadette ; mais je suis loin de conclure que l'imitation a été la seule cause de l'acte violent que cette jeune personne a consommé

d'ailleurs avec le plus grand calme. Dans le fait que je vais rapporter plus bas, tout semble, au contraire, concourir à prouver que cette influence seule a déterminé le suicide.

Suicides par suspension; enfans âgés de moins de quinze ans.

I.er *Fait.*—Le 30 mars dernier, je fus chargé par M. le procureur du Roi de procéder à l'ouverture du cadavre du jeune Henry Fournier, âgé de *douze ans*, qui s'était pendu, et qui offrit un nouvel exemple de ce genre de mort avec suspension incomplète du corps. Ce fait, intéressant sous ce rapport, ne l'était pas moins à cause de l'âge de l'enfant. M. Bayard, qui m'avait assisté dans cette opération, en a publié les détails dans les *Archives générales de Médecine*, n.° de mai 1836, page 101. A cette occasion il a cité le relevé fait par M. Esquirol, du nombre des suicides qui ont eu lieu à la Salpétrière pendant une période de six années. Sur 1898 admissions à cet hospice, il y a eu 198 suicides, et parmi ces 198 suicides, *deux* cas seulement chez des sujets ayant moins de *quinze ans*. Ces deux sujets avaient-ils plus ou moins de douze ans? M. Esquirol n'en dit rien (*Dict. des Sciences méd.*, art. *Suicide*, p. 245). Je ne rapprocherai pas de cette observation le fait simplement indiqué par M. Pointe (*Gazette méd.*, année 1833, page 780, Obs. III), parce que ce médecin n'indique pas l'âge de l'enfant. Mais en voici un nouvel exemple, remarquable à la fois par les circonstances qui ont précédé le suicide et par l'âge de l'enfant.

II.e *Fait.* — *Suicide d'un enfant de onze ans.* — Le 5 juillet dernier, Ricard, cultivateur à Stains, arrondissement de Saint-Denis, étant à travailler aux champs avec sa femme (c'est sa troisième femme) et son fils, François-Benjamin Ricard, dit à cet enfant d'aller dans une de ses pièces voisines cueillir des cerises pour leur déjeuner. Il était alors sept heures et demie du matin. Au lieu

d'aller où son père l'envoyait, le jeune Ricard revint à leur domicile à Stains, Grande-Rue, n.° 10. A la porte de la maison il trouve sa sœur, âgée de quatorze ans, à laquelle il dit qu'il venait chercher une bouteille de boisson pour son père; celle-ci lui apprend qu'elle vient de casser la clef dans la serrure, et qu'elle ne sait comment on pourra ouvrir la porte. Le jeune Ricard prend alors une échelle dans la cour, monte à la fenêtre de la chambre à coucher de son père, dont la croisée était ouverte, descend ouvrir à sa sœur la croisée du rez-de-chaussée, tire une bouteille de boisson, referme ensuite cette croisée en dedans, et redescend à l'aide de l'échelle. Il part avec la bouteille, disant à sa sœur qui allait travailler aux champs dans un autre canton, qu'il retournait porter la boisson à son père et à sa mère.

Mais il paraît qu'aussitôt sa sœur éloignée, le jeune Ricard revint à la maison et écrivit avec du charbon sur les contrevents du rez-de-chaussée les mots suivans : « *ô sadieu* » *de François-Benjamin Ricard, qui s'est pendu atacher* » *au Rido de sa mère.* » Il est vraisemblable qu'il remonta ensuite par la fenêtre dans la maison, en mettant les pieds sur les contrevents, car on remarqua l'impression de ses souliers sur le mur.

Vers midi, la belle-mère du jeune Ricard revient des champs; elle voit sur les contrevents des caractères auxquels elle n'attache pas d'attention, car elle ne sait pas lire; mais après être montée dans la maison par la fenêtre, elle remarque de distance en distance sur les murs, *des croix tracées au charbon*, ainsi que dans l'escalier qui conduit à la chambre à coucher, où elle trouve le jeune Ricard pendu à une corde attachée à la traverse supérieure de l'alcove du lit.

Le maire de la commune et M. le docteur Hodé, appelés aussitôt, se transportèrent sur les lieux, et constatèrent l'exactitude des détails qui précèdent; en outre, ils remar-

quèrent en face du lit une bouteille placée entre deux petites tasses à café contenant de l'eau bénite. Cette bouteille, dans laquelle on conservait l'eau lustrale, était ordinairement dans le cellier; ainsi le jeune Ricard avait dû l'apporter dans la chambre; de plus, il avait quitté ses habits de travail pour prendre ses vêtemens des jours de fêtes et dimanches.

M. le D.r Hodé a noté que la corde était placée au-dessus du cartilage thyroïde; qu'elle avait laissé une empreinte à bords livides et noirâtres; qu'il sortait une écume abondante de la bouche; que la langue était gonflée, violette, un peu engagée entre les dents qui la serraient assez fortement; que le pénis était en érection, mais qu'aucune espèce de suintement n'existait à l'orifice de l'urètre.

Il résulte des renseignemens recueillis sur le jeune Ricard, que cet enfant, âgé de onze ans deux mois et dix jours, était d'un naturel très-paresseux; qu'il se refusait souvent à travailler; plusieurs fois son père s'était aperçu qu'il lui dérobait de l'argent. Quant à la phrase écrite sur les contrevents, on a constaté, par l'examen des cahiers du jeune Ricard, déposés à l'école communale, que son écriture était identique, pour l'ortographe et la forme des lettres, avec les caractères tracés au charbon sur les contrevents.

Vingt-huit jours auparavant, le 7 Juin 1836, j'avais été chargé par M. le procureur du Roi d'aller à Stains ouvrir le cadavre du nommé Ricard, oncle du jeune Ricard, lequel s'était pendu après un copieux déjeuner. Cet homme s'enivrait très-fréquemment. Avant de se pendre il avait tracé avec la pointe de son couteau *trois croix* sur le mur au-devant duquel le corps fut trouvé suspendu; à ses pieds était une bouteille contenant de l'eau bénite. N'y a-t-il eu ici qu'une simple coïncidence? Le genre de mort de l'oncle a-t-il été, comme cause déterminante, étranger à celui de la mort du neveu? Le suicide de cet enfant est-il un exemple de l'influence de l'imitation? Plusieurs des

circonstances qui ont précédé l'exécution de cet acte inconcevable de la part d'un si jeune enfant me semblent appuyer cette opinion.

Suicide et tentatives de suicide par submersion.

III.° *Fait.—Suicide d'un enfant de 13 ans.*—La cause déterminante du suicide du jeune Fournier fut bien évidemment la punition qu'il reçut de son père pour avoir brisé le grand ressort d'une montre qu'on l'avait envoyé chercher chez l'horloger (*Voy.* les *Archives de Méd.*, N.° de mai, *loc. cit.*). Voici un fait analogue dont je transcris les détails du Journal *le Droit* (mercredi 13 juillet 1836). «On écrit de Meaux, 7 juil» let: Un enfant de 13 ans, le jeune Laurent, de la commune de Locelle, arrondissement de Coulommiers, fils unique de parens aisés, doué d'un caractère vif, fut réprimandé et frappé par son père. Le lendemain matin il alla voir ses camarades, et leur dit: J'ai été frappé par mon père, il ne recommencera plus; je vais me jeter à l'eau. Ses camarades s'amusèrent d'une telle résolution, la prenant pour une plaisanterie. Il s'éloigne d'eux; l'heure de l'école appelle tous les enfans du village, et le jeune Laurent, au lieu de s'y rendre, marche en sens opposé, s'approche du Grand-Morin, et s'y précipite. Après vingt-quatre heures de recherches, il fut retiré de l'eau.»

Par une coïncidence assez remarquable, deux exemples de tentatives de suicide commis par des enfans du même âge ont encore eu lieu dans le *même mois.* Dans ces deux cas, une cause analogue à celle qui décida la détermination fatale du jeune Laurent rend le rapprochement de ces deux autres faits fort intéressans sous le rapport de l'étiologie du suicide.

IV.° et V.° *Faits.—Tentative de suicide par submersion; jeunes filles de onze et treize ans.*—Un rentier de la rue des Grands-Degrés, avait, avant d'entreprendre un court voyage, recommandé à Marie-Louise..... sa fille, âgée de 11 ans, de mieux travailler qu'elle ne le faisait habituelle-

ment. Pour exciter son amour-propre il lui avait promis une récompense si la tâche qu'il lui imposait était remplie, et l'avait menacée d'une sévère réprimande dans le cas contraire.

La pauvre enfant voyant le retour prochain de son père, sans espoir de lui donner la satisfaction qu'il attendait, en conçut un vif chagrin, et dès ce moment elle ne pensa plus qu'à mourir.

Avant-hier la jeune fille quitta le toit paternel de bonne heure, et se dirigea vers le quai Saint-Bernard. Là elle rencontra un voisin et ami de son père qui lui demanda où elle allait : — Faire une commission, répond-elle ; et bientôt il la vit prendre une direction opposée à celle qu'elle devait suivre. Tout-à-coup cette infortunée s'élança dans la rivière ; la profondeur de l'eau était peu considérable en cet endroit. La malheureuse enfant, déjà en partie submergée, eut encore le courage de se relever pour aller se noyer plus avant dans la Seine. Des ouvriers accourus aux cris des spectateurs, saisirent Marie-Louise.... au moment où elle allait disparaître sous un bateau. (*Gazette des Tribunaux*, 28 juillet 1836).

Quelques jours auparavant une tentative du même genre a eu lieu à Clichy-la-Garenne. Voici l'article que je transcris du même Journal (19 juillet 1836). Une jeune fille de 13 ans, après avoir eu avec sa mère, blanchisseuse dans cette commune, une altercation très-vive, est allée se précipiter dans la Seine. Elle a été heureusement retirée vivante par un des ouvriers employés sur la berge.

Je terminerai ces citations par l'exemple suivant qui offre un contraste frappant sous le rapport de l'âge, avec ceux qui précèdent.

Suicide d'un vieillard de 86 ans. — A l'hospice des Vieillards, se trouvait, depuis trois ou quatre ans environ, un nommé Fescant, *âgé de 86 ans.* Cet homme, qui jouissait de toute sa raison, avait vainement essayé plusieurs

fois de se suicider, parce que, selon lui, quoique bien portant et sans infirmité, l'homme ne doit pas exister au-delà de 80 ans. Ses camarades ont plusieurs fois cherché à le désabuser sur la fausse idée qui semblait dominer toutes ses actions; mais aucune raison n'ayant pu le faire changer de résolution, vendredi dernier ce vieillard s'est brûlé la cervelle (*Courrier français*, mercredi 29 juillet 1836).

Je publie, sans plus de commentaires, les faits qu'on vient de lire; ils sont en trop petit nombre pour fournir matière à quelques considérations générales sur les causes du suicide; mais chacun d'eux offre des particularités dignes d'intérêt. Les deux premiers peuvent ajouter quelques documens utiles à l'histoire de l'empoisonnement par le colchique; les autres sont curieux à rapprocher sous le rapport de l'âge et de son influence sur le suicide. Enfin, on a pu remarquer que les six exemples récens que je rapporte se sont succédés dans le même mois.

Mémoire sur les caractères distinctifs du pus, et les moyens de reconnaître la présence de ce liquide dans les différens fluides auxquels il se trouve mélangé, particulièrement dans le sang, suivi d'expériences nouvelles relatives à l'action du pus sur le sang; par le docteur Al. Donné.

Ce travail n'a pas pour objet de tracer une histoire complète du liquide désigné sous le nom de pus, ni de reproduire et de discuter toutes les opinions qui ont été émises sur la nature de ce fluide, sur sa composition, ses variétés et les différentes sources d'où il peut provenir. Ne le considérant ici que sous le rapport des caractères qui peuvent servir à le distinguer des autres produits liquides, physiologiques ou pathologiques, de l'économie, je ne m'attacherai qu'à ses propriétés distinctives; si j'étais parvenu à retrouver le pus dans toutes les circonstances où il peut se rencontrer, et lorsqu'il est intimement uni et confondu,

en quelque quantité que ce soit, aux différens fluides, j'aurais rendu un véritable service à la science; personne n'ignore que des questions longtemps débattues relativement à la résorption purulente, ne sont pas encore résolues, et en outre de récentes recherches appellent de nouveau l'attention sur la présence du pus dans le sang. Mais tant de difficultés environnent un pareil sujet, que je ne me flatte pas de les avoir toutes surmontées; si mes recherches éclairent quelques points de la question, il en est d'autres qu'elles laissent dans leur obscurité; je signalerai les uns comme les autres, et je ne chercherai nullement à dissimuler l'imperfection de ce travail : tel qu'il est, je ne le crois pas inutile, et s'il ne répond pas à toutes les questions qui peuvent se présenter, il contribuera à la solution de quelques-unes, il permettra d'apporter plus d'exactitude et de précision dans l'analyse de certains problèmes fort importans que l'on tranche aujourd'hui avec un peu trop d'assurance, peut-être; enfin il fournira dans beaucoup de cas les moyens d'étudier d'une façon positive les altérations du sang par le pus.

A cette question de l'altération du sang par le pus se rattachent particulièrement deux points capitaux : 1.° celui de la phlébite et des suppurations métastatiques, par suite de lésions traumatiques; 2.° celui de l'altération du sang par le pus dans des cas de maladies graves internes; M. le docteur Piorry vient tout récemment de traiter de cette altération qu'il désigne sous le nom de *piohomie.*

Voici comment Dance s'exprime dans son excellent Mémoire sur la phlébite utérine (1), à propos des suppurations métastatiques : « Si l'on réfléchit que les symptômes graves dont ces lésions sont accompagnées, offrent la plus grande ressemblance avec ceux qui annoncent une infection miasmatique des fluides, on conviendra que si le transport et le mélange du pus avec le sang, dans le cours

(1) Page iij.

de la phlébite, ne sont pas matériellement démontrés (*car l'inspection directe est souvent insuffisante, et l'analyse chimique ne peut encore être d'une grande utilité à cet égard*), cette opinion offre du moins les plus grandes probabilités. »

Dance regardait donc seulement comme *très-probable* et non comme matériellement démontré, le mélange du pus avec le sang dans le cas dont il s'agit, et il avait bien raison. En effet, non-seulement l'existence du pus en nature dans le sang est impossible à prouver dans beaucoup de cas; mais les observateurs qui se sont le plus occupés de la matière ne sont pas même d'accord, comme on sait, sur les effets que l'on doit attribuer au mélange du pus avec le sang, ni sur les causes qui déterminent les symptômes et les phénomènes morbides que l'on observe dans la phlébite et dans la résorption purulente.

L'altération du sang par le pus à la suite de certaines lésions traumatiques, est donc un fait généralement admis maintenant, mais il ne peut être matériellement démontré dans tous les cas, ainsi que le disait Dance, lorsqu'on ne le rencontre pas en nature, réuni en collection, et reconnaissable à ses propriétés physiques ordinaires; on admet sa présence par analogie, si les phénomènes observés pendant la vie ont été ceux de la résorption purulente. Mais il est des cas très-nombreux où les phénomènes ayant été peu tranchés, l'analogie ne permet pas d'aller aussi loin; c'est pour ceux-là que l'analyse du sang et les moyens d'y retrouver le pus en petite proportion offriraient surtout un grand intérêt; il ne serait pas moins utile de pouvoir démontrer positivement sa présence dans ceux même où l'on est en droit de la soupçonner.

Quant aux altérations du sang par le pus, non pas à la suite de lésions traumatiques, mais dans les cas de maladies graves internes, je vais aborder de suite les dernières observations qui ont été faites à ce sujet, sans me jeter dans la discussion

des théories anciennes, et sans remonter aux travaux de Boërhaave, de Sauvages, de Dehaën, etc.

Dans la plupart des cas où l'on a trouvé du pus en nature mêlé au sang, il existait des foyers de suppuration, soit dans les veines elles-mêmes, soit dans les organes parenchymateux et vasculaires, comme le foie ou le poumon : tels sont les faits rapportés par M. Ribes, M. Velpeau, Dance, etc. Mais il n'est pas démontré que le sang lui-même, par suite d'une altération profonde, ne puisse pas subir une espèce de transformation purulente; c'est ce que l'on a admis pour certains cas de fièvres putrides dans lesquelles de véritables abcès métastatiques ont été trouvés, où le pus semblait avoir été déposé par élimination sans aucun travail inflammatoire apparent. M. Piorry penche vers cette opinion, puisqu'il regarde comme probable que l'inflammation du sang *peut donner lieu à la formation du pus dans le sang lui-même;* il admet une espèce d'entérite particulière qu'il nomme enterorrhée pyohémique, dont la cause est le mélange du pus avec le sang. Je reviendrai sur ce point important plus loin. Mais que le pus mêlé au sang prenne sa source dans un foyer de suppuration, ou bien qu'il soit produit par une altération du sang lui-même, toujours est-il que l'on ne possède actuellement aucun moyen de constater positivement la présence de ce pus, quand il a perdu ses caractères physiques par son mélange intime avec le sang. Je ne pense pas du moins que les observateurs exacts se croient suffisamment autorisés à prononcer que du sang contient du pus, d'après un aspect particulier de ce sang.

Je trouve pourtant dans l'*Histoire anatomique des inflammations*, de M. Gendrin, un passage qui m'embarrasse; cet auteur dit (1) *avoir trouvé du pus dans les veines après avoir injecté de ce liquide dans les cavités*

(1) Tome I.er, p. 25.

séreuses et dans le tissu cellulaire, chez des chiens de grande taille. M. Gendrin ne dit pas à quels caractères il a reconnu le pus dans ces circonstances; il faut croire qu'il n'était pas intimement mêlé au sang, mais qu'il existait en nature, et reconnaissable à ses propriétés physiques ordinaires, et pourtant ce fait est difficile à comprendre; car après de telles injections, si le sang contient du pus, ce n'est pas en quantité assez considérable pour que la présence de ce pus soit facile à constater; ces deux fluides sont tellement confondus ensemble, qu'il faut des procédés particuliers pour les isoler, ou du moins pour les distinguer, et c'est précisément là l'objet de ce mémoire. Je sais que M. Gendrin ayant l'habitude de manier le microscope, a pu se servir de cet instrument pour analyser le sang altéré. Nous trouvons en effet le passage suivant dans son ouvrage : « En examinant au microscope les humeurs infiltrées (dans un tissu enflammé et passé à l'état de suppuration), on *reconnaît le pus à ses globules caractéristiques* (1). » Mais si M. Gendrin, dans les expériences que nous citons, eût retrouvé le pus dans le sang, à l'aide de ce moyen, il n'eût pas manqué d'en parler; au reste, nous verrons combien ce moyen d'analyse, si simple en apparence, est insuffisant et trompeur quand on l'emploie seul.

J'arrive aux derniers travaux de M. Piorry, sur les altérations du sang par le pus. Les recherches de cet observateur sont assurément très-intéressantes, et leur but est d'une haute importance pour la science; mais elles auraient une bien plus grande valeur encore, s'il ne restait pas, dans les faits qui leur servent de base, quelque chose de contestable, si les points principaux de la doctrine de M. Piorry étaient plus positivement démontrés.

M. Piorry a remarqué un état particulier du sang qu'il

(1) Tome II, page 468.

rencontre dans un certain nombre de cas, et qu'il croit caractéristique de la présence du pus dans ce fluide; voici quel est cet état particulier du sang : « Le caillot est recouvert d'une couche plastique d'une couleur verdâtre, demi-transparente, et assez semblable à du blanc-d'œuf. Lorsqu'on la regarde avec attention, on y trouve une infinité de granulations grisâtres qui, situées dans l'intérieur de la couenne, ne font aucune saillie à sa surface. Leur aspect est semblable à celui de petits grumeaux de colle de pâte délayée, qui seraient suspendus dans de l'albumine. Leur volume varie de la grosseur d'une tête de camion à celle d'un grain de millet. Ils ne sont pas nettement circonscrits dans la couche plastique, mais ils semblent se confondre par leurs bords avec la substance dans laquelle ils se trouvent contenus. Très-voisins les uns des autres sur certains points, séparés ailleurs par un intervalle assez grand, ils sont placés très-profondément dans la couenne. Si l'on déchire celle-ci, on voit ces petites granulations faire saillie sur les bords de la déchirure; si l'on cherche à les séparer, on n'y parvient pas. Lorsqu'on enlève les fragmens de la couche qui recouvre le caillot, cette couche, vue à contre-jour, permet aussi de distinguer parfaitement les points grisâtres dont il vient d'être question. »

C'est toujours à-peu-près là, d'une manière générale, l'état particulier du sang signalé par M. Piorry, car si nous prenons une autre observation, nous verrons encore « une couenne épaisse de deux lignes, d'une couleur jaunâtre, parsemée de granulations grises et déposée à la surface du caillot qui ne présente rien d'anormal..... En disséquant les granulations, en les soumettant à la loupe, on ne voit point de pus au centre, mais on aperçoit seulement le point très-grisâtre dont il a été parlé.... »

M. Piorry a bien voulu me remettre un échantillon de ce sang pour l'examiner; malheureusement ce n'est que le quatrième jour après la saignée qu'il me fut apporté, et je

dois avouer que je n'étais pas alors aussi avancé que je le suis aujourd'hui sur ce genre d'analyse du sang ; je transmis néanmoins à M. Piorry la note suivante, sans vouloir en tirer aucune conséquence positive contre son opinion : « En prenant un fragment de la couenne granulée, et le soumettant à l'action d'un filet d'eau, de manière à enlever de la face inférieure tout le sang qui y adhère, les granulations persistent comme avant l'opération, et même leur couleur tranche davantage sur le fond presque blanc de la couenne. Si l'on incise alors l'une de ces granulations, soit sur la face inférieure, soit sur la supérieure, on voit qu'elles sont formées par de très-petits caillots qui sont comme emprisonnés dans la couenne. En effet, après la sortie de ces petites masses sanguines, la couenne présente à la place de chacune des granulations, une cavité, une vacuole d'une capacité proportionnée à la grosseur du petit caillot. La grosseur de ces caillots varie depuis une tête d'épingle jusqu'à un pois à-peu-près. Je ne puis pas donner à ces petites collections d'autre nom que celui de caillot, puisqu'en effet elles ne sont pas à l'état liquide, mais en partie solidifiées à l'état de caillot. La couenne débarrassée, par des incisions et des lavages, des globules qui se trouvent ainsi emprisonnés dans ses mailles, présente un aspect particulier, et vue par transparence elle est comme criblée d'une multitude de petits trous. »

En examinant ce sang au microscope, je n'ai rien trouvé qui indiquât la présence du pus ; mais, je le répète, j'étais loin d'avoir à cette époque l'expérience que je possède aujourd'hui. Je n'en ferai pas moins remarquer que l'aspect particulier du sang et de la couenne signalé par M. Piorry ne me paraît pas offrir un caractère certain de la présence du pus dans ce liquide. Je ne vois pas en effet de rapport nécessaire et suffisamment établi entre cette constitution physique du sang, si je puis dire ainsi, entre les granulations, telles que les décrit M. Piorry,

dans lesquelles on n'aperçoit pas de pus à la loupe, et l'altération du sang par le mélange réel d'un fluide puriforme. M. Piorry semble lui-même partager ce doute, car il voulait faire analyser le sang, *mais plusieurs personnes, convaincues que l'analyse n'apprendrait rien, ne consentent point*, dit-il, *à faire cette expérience.* Je pense bien que l'analyse ordinaire eût été inutile dans ce cas, mais je ne vois pas que l'insuffisance de la chimie soit une raison de prononcer dans une question si importante, d'après des données vagues et incertaines. Si les chimistes ne répondent pas toujours aux demandes qu'on leur adresse, c'est qu'habitués aux méthodes exactes, ils ne se contentent pas d'un résultat équivoque; mais s'il fallait choisir, j'aurais plus de confiance dans une expérience approximative faite par un expérimentateur habile et prudent, que dans un simple examen des caractères extérieurs et superficiels.

Il me paraît donc indispensable, avant d'entreprendre l'histoire de la *pyohémie*, de rechercher des caractères plus positifs à l'aide desquels il soit possible de constater la présence du pus dans le sang et dans les divers fluides de l'économie; c'est ce que je vais essayer de faire dans ce travail.

Le premier point à déterminer est de savoir si le pus peut être considéré comme une substance uniforme, identique dans tous les cas, ou du moins si ce fluide possède toujours, quelles que soient ses variétés et ses différences d'aspect, certaines propriétés essentielles caractéristiques. Suivant moi, cette question n'est pas douteuse, et les plus grandes variétés que l'on observe dans le pus ne portent point sur ses caractères essentiels; elles ne changent point la nature de ce fluide, pas plus que les variétés bien plus nombreuses et souvent plus tranchées que présente le sang ne constituent plusieurs espèces réelles du fluide sanguin. Quant aux différences dans la nature du pus relativement à ses actions sur l'économie, aux virus qu'il peut

contenir, elles échappent absolument à nos moyens d'investigation, et je n'ai pas à m'en occuper ici, puisque ces propriétés particulières ne changent rien aux caractères physiques ni à la composition chimique de ce liquide.

L'identité du pus est admise par M. Gendrin, dans son *Histoire des inflammations* (1). « Le pus, dit cet auteur, examiné dans tous les organes, présente des caractères identiques. Les différences apparentes qu'il offre ne sont que les effets de son mélange avec d'autres liquides... Le pus varie selon les degrés et les modes de l'inflammation qui, en changeant la quantité et même la qualité des substances incessamment déposées dans le tissu malade pour sa propre nutrition, changent par suite l'aspect et les propriétés du pus, qui, nous le répétons, n'en est pas moins une substance toujours identique, et qui ne varie pas par elle-même. »

Il est vrai que M. Gendrin ne dit pas sur quoi il se fonde pour établir cette identité de toutes les variétés fondamentales de pus; mais cette opinion est parfaitement d'accord avec mes propres expériences, que je rapporterai plus loin.

M. le prof. Andral exprime une opinion contraire dans son *Précis d'anatomie pathologique* (2); mais on peut remarquer que l'auteur insiste particulièrement sur la différence des propriétés physiques et sur les variétés d'aspect d'après lesquelles on a cru pouvoir distinguer les fluides purulens, en *pus crêmeux*, *pus caillebotté*, *séreux* et *muciforme*.

En admettant avec M. Gendrin, que la source du pus est dans le sang, que les globules du pus ne sont autre chose que les globules du sang ayant subi une sorte de transformation, il est tout simple de considérer ce fluide

(1) Tome II, page 484.
(2) Tome I.er, page 388.

comme toujours identique, malgré ses nuances; son origine étant la même dans tous les cas, il ne peut différer que par des propriétés accessoires, que par la proportion de ses élémens, et non dans sa nature intime. Je suis très-disposé à adopter la manière de voir de M. Gendrin, le pus se rapprochant du sang lui-même par bien des points; mais il faudrait démontrer ce fait, et peut-être parviendrai-je à l'établir par de nouvelles expériences que je rapporterai à la fin de ce travail.

Quel que soit le pus que l'on examine, de quelque source qu'il provienne, quelles que soient sa couleur, sa consistance, son odeur, il possède toujours les propriétés suivantes :

1.° Traité par l'ammoniaque concentrée, il se transforme, comme l'ont remarqué plusieurs chimistes, en une gelée transparente d'une grande ténacité; il suffit d'une petite proportion de pus dans l'eau pour produire cet effet avec l'ammoniaque. Quelquefois l'action du réactif se fait un peu attendre; cela arrive surtout si le pus commence à s'altérer, à se décomposer, mais au bout de quelques instans, en agitant avec une baguette de verre, la gelée se forme, et toute la masse du liquide se prend en matière glaireuse et filante. Je n'ai jamais vu manquer cet effet avec quelque variété de pus que ce fût; l'opération se fait très-commodément dans des verres de montre.

2.° Examiné au microscope (1), le pus se montre sous la forme d'un liquide dans lequel nagent une multitude de corpuscules globulaires, tous sensiblement de même grosseur, et offrant un diamètre presque double de celui des globules de sang. Ainsi les globules du pus n'ont guères moins d'un centième de millimètre de diamètre, et la plu-

(1) Les observateurs qui se sont particulièrement occupés de donner les caractères microscopiques du pus à l'état de pureté, sont Gruithuisen, Everard Home, Prevost et Dumas. Un grossissement d'environ deux cents fois suffit pour faire ces observations.

part dépassent cette limite, tandis que les globules du sang humain n'ont, comme on sait, que de un cent-vingtième à un cent-cinquantième de millimètre. Les globules du pus méritent bien ce nom par leur régularité et leur uniformité d'aspect; ils ne sont point lenticulaires comme ceux du sang, mais sphériques et comme ridés; par la décomposition et la putréfaction du pus, ils se désagrègent et finissent par se dissoudre; mais cet effet se produit lentement; il faut au moins de six à huit jours pour arriver à ce résultat. Traités par l'ammoniaque concentrée, *les globules du pus ne se dissolvent pas*, et on les retrouve intactes sous le microscope. Ce caractère est essentiel, et c'est sur lui que je fonde en partie l'analyse des liquides purulens.

N'ayant pas l'intention de faire ici l'histoire détaillée du pus en particulier, je me bornerai à l'exposition de ses caractères principaux.

La propriété que possède le pus mis en contact avec l'ammoniaque concentrée de se transformer en une matière gélatineuse filante, tenace, a été remarquée par plusieurs chimistes, elle est notée aussi dans M. Gendrin et dans M. Andral; mais ces auteurs ne me semblent pas avoir attaché assez de prix à ce caractère vraiment important à considérer, suivant moi, dans un certain nombre de cas. Ce caractère peut, en effet, servir à distinguer le pus de presque toutes les autres substances fournies par l'économie.

Ainsi le sérum du sang, le mucus de la salive, la bile, l'urine, l'albumine dissoute dans l'eau, mis en contact avec l'ammoniaque, ne produisent rien de semblable à ce qui se passe lorsque l'on fait agir le même réactif sur un liquide purulent, comme je l'ai dit; une très-petite quantité de pus quelconque, lorsqu'on la mêle avec un peu d'ammoniaque concentrée dans un verre de montre, et qu'on l'agite, donne naissance instantanément ou au bout de quel-

ques minutes, à une matière glaireuse et filante, très-analogue, pour l'apparence, à la matière de certains crachats ou à l'albumine de l'œuf. La sérosité reste au contraire parfaitement limpide dans la même circonstance; la bile perd de sa viscosité quand on la traite par l'ammoniaque, et sa présence ne donne à aucun liquide la propriété de se prendre en gelée avec ce réactif; l'urine ne contracte pas de viscosité, non plus qu'une dissolution albumineuse; le mucus, très-visqueux par lui-même, n'augmente pas de viscosité avec l'ammoniaque, et quoique la distinction du mucus et du pus soit loin de présenter l'intérêt que l'on attachait à cette question lorsque l'on regardait la présence du pus comme la preuve de l'existence d'une ulcération, voici le moyen qui me réussit le mieux pour distinguer ces deux substances qui se confondent souvent entre elles sur la même limite : je mets les crachats dans un tube de verre fermé à l'une de ses extrémités, avec une quantité d'eau indéterminée; j'agite fortement le tube à plusieurs reprises : cette simple expérience suffirait déjà pour reconnaître le pus; car, ainsi que l'observe M. Gendrin (1), « de toutes les analyses chimiques du pus, la plus importante, celle qui mérite le plus de confiance est celle qui consiste à le traiter par l'eau;..... le pus précipite par l'eau froide, et la substance pulvérulente jaunâtre du précipité a toutes les qualités physiques du pus. » Mais on peut ajouter à ce moyen le procédé suivant : Après avoir agité le mélange, on en verse une certaine quantité dans un verre de montre; on y ajoute ensuite de l'ammoniaque concentrée; pour peu qu'il y ait du pus, la matière se prend en gelée, et ne forme plus qu'une masse que l'on ne peut diviser en la transvasant. Si au contraire les crachats ne contiennent que du mucus, la liqueur reste filante, parce que l'ammoniaque n'a pas la propriété de détruire la viscosité

---

(1) Tome II, page 487.

appartenant au mucus lui-même; mais la liqueur ne se prend pas en masse glaireuse et tenace comme lorsqu'elle contient du pus.

Le sperme pourrait, jusqu'à un certain point, être confondu avec le pus, en ne considérant que le caractère dont il est question maintenant; en effet, l'ammoniaque le rend un peu visqueux et filant, mais non pas au même degré que la matière purulente; il suffit même que le sperme soit étendu d'un peu d'eau ou de sérum pour que cet effet ne se produise pas. Dans tous les cas, l'inspection microscopique rend si facile la distinction du sperme, que l'on ne peut pas craindre de confondre ce liquide même mélangé avec aucun autre; en effet, la forme des animalcules spermatiques est tellement caractéristique, qu'elle suffit à elle seule pour constater la présence du sperme. Je puis en citer un exemple qui s'est présenté à moi dernièrement. M. Briquet m'a fait remettre de l'urine d'apparence laiteuse prise dans la vessie d'un malade de son service à la Charité, mort d'un énorme cancer encéphaloïde de l'estomac, lequel envahissait aussi une portion de la vessie; le malade éprouvait pendant sa vie de la difficulté à uriner. C'est tout ce que l'on a pu obtenir de renseignemens antérieurs. Cette urine blanchâtre contenait-elle du pus ou quelqu'autre substance analogue? Examinée au microscope, j'y trouvai une très-grande quantité d'animalcules spermatiques morts, mais ayant conservé toutes leurs formes intactes; il ne pouvait donc rester le moindre doute sur la nature du mélange qui donnait à cette urine une teinte blanche et laiteuse; en la traitant par l'ammoniaque, il se déposait une matière blanche pulvérulente comme avec le sperme étendu d'eau, et la liqueur ne prenait aucune consistance ni viscosité (1).

(1) Ce fait, et d'autres du même genre, me font souvent regretter que les médecins ne fassent pas plus d'usage du microscope

Pour ce qui est du lait, il y a une distinction à faire : lorsque l'on traite ce liquide à l'état de pureté, par l'ammoniaque, il n'acquiert aucune consistance; il ne devient visqueux et filant que dans certains cas d'altération particulière; mais les globules laiteux ne subissant aucune altération de la part de l'alcali, ceci offre un très-bon moyen de reconnaître un mélange de lait avec le sang ou le sérum; l'ammoniaque dissolvant instantanément tous les globules sanguins, et laissant les globules laiteux dans toute leur intégrité, l'œil ne peut méconnaître ceux-ci au microscope.

Quant à cette humeur particulière que secrètent les mamelles des femmes pendant les premiers jours qui suivent l'accouchement, et que l'on désigne sous le nom de *colostrum*, elle a la plus grande analogie avec le pus, sous le rapport de la manière dont elle se comporte avec l'ammoniaque ; comme lui, elle devient avec ce réactif visqueuse et tenace, et se transforme toute entière en une masse glaireuse que l'on ne peut diviser en la faisant tomber d'un verre de montre dans un autre. Je reviendrai sur ce fait dans un travail dont je m'occupe depuis longtemps, sur le lait des nourrices.

Il me reste à parler du sang lui-même, et de la manière dont l'ammoniaque agit sur ce fluide important.

L'action de l'ammoniaque est loin d'être la même sur toutes les parties constituantes du sang; ce réactif ne produit aucun effet appréciable sur le sérum de ce fluide; il ne devient ni visqueux ni filant par son contact avec l'ammoniaque. Sa consistance et sa densité sont au contraire

---

pour examiner les produits morbides ; c'est surtout en lisant l'ouvrage de M. Lallemand *sur les pertes séminales involontaires*, que l'on est frappé de cette négligence. Combien une semblable analyse, si simple et si positive, n'eût-elle pas ajouté de prix à des recherches de cette nature !

diminuées dans l'état ordinaire ; mais si le sérum contient une petite proportion de pus, alors il se transforme en une masse gélatineuse lorsqu'on le mêle avec un peu d'ammoniaque concentrée. Le pus est, à ma connaissance, la seule substance de l'économie capable de produire cet effet. Mais par malheur ce caractère ne peut s'appliquer qu'au sérum, qu'à cette partie aqueuse du sang dont le caillot s'est séparé ; car lorsque le coagulum n'est point déposé, et que le sang forme un tout homogène, l'ammoniaque agit sur lui à-peu-près comme sur le pus, ou du moins il devient alors impossible de distinguer par ce moyen le sang contenant du pus, du sang pur et sans mélange. L'ammoniaque en effet transforme le sang en une gelée visqueuse analogue à la gelée de groseilles ; ce caractère devient ainsi d'une application fort restreinte, attendu qu'il ne peut servir à l'analyse du sang retiré des cadavres, puisque, dans cette circonstance, le départ entre la partie solide et la partie liquide du sang ne se fait que très-incomplètement.

Il suit clairement des détails dans lesquels je viens d'entrer, que la propriété qu'a l'ammoniaque de transformer le pus en une matière visqueuse, filante, tenace, semblable à de l'albumine, ne peut être utilement employée et inspirer confiance, que pour distinguer le pus des liquides autres que le sang, ou ne contenant point en suspension les élémens solides du fluide sanguin.

Voyons donc enfin par quel procédé l'on peut arriver à constater, d'une manière positive, le fait important de la présence du pus dans le sang, quel que soit d'ailleurs l'état de ce dernier fluide.

Lorsque l'on soumet du sang récemment tiré de la veine, à l'examen microscopique, l'on n'y trouve que des globules ayant une forme précise et déterminée trop connue pour que je la décrive ici, et d'une grosseur en rapport avec la nature des animaux auquel il appartient. Les glo-

bules du sang humain ont, comme l'on sait, $\frac{1}{120}^{e}$, et suivent d'autres micrographes $\frac{1}{150}^{e}$ de millimètre seulement de diamètre.

D'après ce simple énoncé, il semblerait que l'examen microscopique devrait suffire à lui seul pour reconnaître la présence du pus dans le sang ; car le pus est aussi composé de globules ; mais la forme de ces globules est si différente de celle des globules sanguins, qu'il n'est pas possible de les confondre les uns avec les autres. D'abord les globules du pus sont toujours plus gros que ceux du sang ; ils n'ont presque jamais moins de $\frac{8}{1000}$ de millimètre de diamètre, et ordinairement on les voit occuper une division et demie sur un micromètre partagé en centièmes de millimètres. Mais en outre, la forme et l'aspect des globules purulens ne ressemblent en rien à ceux des globules du sang dans leur état normal. Les globules du pus n'ont point de noyau central ; au lieu d'être terminés par un bord net et régulier, ils sont frangés, légèrement découpés, et leur centre présente de petites lignes entrecroisées formant des espèces de mailles ; enfin ils ne sont point aplatis, et dans quelque sens qu'on les fasse circuler en inclinant le porte-objet, on les voit toujours comme des petits corps sphériques.

De ces différences, il en est quelques-unes peu utiles à considérer. Ainsi, pour ce qui est du noyau central, il n'est bien visible que sur du sang frais, et au bout d'un certain temps on ne l'aperçoit plus ; sur du sang retiré d'un cadavre à l'époque ordinaire où l'on fait les autopsies, il n'est plus du tout appréciable, ou plutôt il reste seul, l'enveloppe colorée du globule s'étant dissoute. Il en est de même de la forme lenticulaire des globules sanguins ; le sang mort depuis un temps plus ou moins long, suivant les circonstances, ne la présente plus, et tous les globules deviennent sphériques : reste donc l'aspect particulier du pus et leur plus grand diamètre pour les distinguer de ceux du sang ; assurément

ces deux caractères suffiraient à eux seuls dans la plupart des cas, pour peu que l'on ait l'habitude des observations microscopiques, si par malheur le sang le plus pur et pris chez l'individu le plus sain ne présentait quelquefois un certain nombre de globules plus gros que les autres, frangés sur les bords, sans noyau central, composés de lignes irrégulièrement entrecoupées, enfin très-analogues à ceux du pus, quoique moins opaques. J'ai trouvé des globules de cette espèce un bon nombre de fois, sur du sang provenant d'individus très-sains et bien portans, auxquels on ordonnait une saignée de précaution; le sang d'une femme grosse de cinq mois et jouissant d'une très-bonne santé, m'en a particulièrement offert un exemple remarquable.

Lorsque l'on ne trouve pas de globules de ce genre dans du sang, il suffit de l'étendre d'une très-petite quantité d'eau pour en faire apparaître. Ces espèces de globules, du reste, me paraissent être plutôt l'enveloppe des globules sanguins eux-mêmes que de véritables globules d'une nature particulière; toujours est-il qu'ils peuvent facilement tromper et faire croire à la présence du pus dans le sang; ils existent toujours aussi dans le sang qui commence à se décomposer et dans le sang pris sur des cadavres.

Je ne connais qu'un seul procédé d'analyse applicable à la question qui nous occupe. Ce procédé, que l'on peut appeler chimico-microscopique, est fondé sur l'action dissolvante qu'exerce l'ammoniaque sur les globules sanguins, en laissant intacts les globules du pus; cette action, comme on le pense bien, ne peut être sensible qu'à l'aide du microscope, et elle a été remarquée par les micrographes. Voici ce qu'en dit J. Muller, dans un mémoire sur le sang, publié dans les *Annales de physique et de chimie de Berlin*, en 1832, et inséré en extrait dans les *Annales des seienees naturelles*, 2.e série, tome I.er, page 346: «Une dissolution de potasse caustique s'empare non seulement de l'écorce de matière colorante des globules sanguins, mais elle dissout encore

les noyaux, tant qu'ils laissent la moindre trace; l'ammoniaque caustique présente les mêmes phénomènes, mais avec plus de rapidité. »

Après bien des essais sur la meilleure manière d'opérer dans ce genre d'analyse, je me suis arrêté à la suivante : La première chose à faire pour reconnaître une altération quelconque du sang, est de l'examiner au moyen du microscope ; je prends donc une goutte de sang que je veux analyser, à l'aide d'une baguette de verre que je trempe dans ce sang ; je place cette goutte entre deux lames de verre bien propres, et je l'observe avec un grossissement de deux à trois cents fois. Si ce sang ne me présente rien d'étranger à ses globules ordinaires, c'est qu'il ne contient rien qui en altère la pureté, ou du moins l'altération dont il peut être affecté, n'appartient point au genre de celles qu'il m'est possible d'apprécier; pour plus de sûreté, je renouvelle plusieurs fois la même expérience, en prenant des échantillons dans les différens points de la masse du sang qui m'est soumise.

Si, au contraire, j'aperçois des globules étrangers, ce ne peut être que des globules analogues à ceux du pus; car, sur le grand nombre d'observations que j'ai faites, dans les circonstances les plus variées, je n'ai jamais rien rencontré qui s'éloignât des substances de cette nature; mais ces globules, analogues aux globules purulent, peuvent appartenir à du sang simplement modifié, soit par un commencement de décomposition, soit par quelqu'autre cause inconnue, comme dans les cas rapportés plus haut. C'est alors qu'il faut faire agir l'ammoniaque pour résoudre cette question; en effet, si les globules d'une forme étrangère ne sont autre chose que des globules sanguins modifiés, si la liqueur ne contient pas de globules purulents, le contact de l'ammoniaque fera tout disparaître instantanément; le microscope ne fera découvrir aucune apparence de globules, et l'on ne verra plus, dans le liquide placé entre les deux

lames de verre, que des parcelles sans forme, probablement dues à un peu de fibrine déposée; si au contraire du pus se trouve mélangé au sang, d'abord la première inspection microscopique ne manquera pas d'avertir un observateur expérimenté. Pour peu en effet que le sang contienne une quantité appréciable de pus, ce ne seront plus quelques globules rares qui se présenteront, mais bien des réunions de globules purulens agglomérés, formant de petites masses compactes et distinctes au milieu des globules sanguins; mais on ne doit jamais s'en tenir à cette simple épreuve, qui peut tromper. Il faut, comme je l'ai dit, mettre une goutte de sang sur la lame de verre, puis mêler à cette goutte une très-petite goutte d'ammoniaque concentré, opérer le mélange en faisant couler le liquide en différens sens sur le verre, placer la seconde lame par-dessus, et faire un nouvel examen microscopique; les globules de pus, s'il en existe, se montreront intacts et parfaitement distincts, soit que le sang ait été complètement dissous, soit qu'un certain nombre de ses globules ait échappé à l'action de l'ammoniaque; dans ce dernier cas ils seront tellement pâles, que ceux du pus trancheront d'une manière remarquable; si l'on attendait trop long-temps après le mélange de l'ammoniaque, le pus lui-même pourrait se trouver dissous.

Tel est le procédé que je propose pour distinguer le pus du sang, dans les cas où l'inspection ordinaire ne suffit pas pour le reconnaître, soit parce qu'il est intimement mélangé au sang, soit parce qu'il n'existe pas en assez grande quantité.

Ce moyen n'est pas à l'abri de toute objection, et j'en prévois auxquelles il m'est impossible de répondre. Ainsi ce mode d'analyse est fondé, comme l'on voit, sur l'observation des globules; or, pour qu'il soit applicable, il faut donc que le pus soit composé de globules; mais ce li-

quide est-il toujours à l'état globulaire, et ses élémens ne peuvent-ils pas être résorbés sans que les globules se retrouvent en nature? Nous ne le savons pas; tout ce que l'on peut dire, c'est que le pus se trouve ordinairement composé de globules, comme le sang lui-même; les globules du pus ont même une résistance remarquable aux agens extérieurs, car ce n'est que par la putréfaction avancée qu'ils se résolvent et disparaissent.

En second lieu, de ce que l'on n'aurait point aperçu de pus dans du sang, ce ne serait pas une raison absolument suffisante pour affirmer qu'il n'en existe pas; cette preuve en effet n'est que négative, et il se pourrait faire, ou que le pus fût en trop petite quantité pour être facilement trouvé, ou que le hasard eût fait qu'on ne le rencontrât pas dans le champ du microscope. Enfin, nous ne savons pas tout ce que peuvent produire les altérations cadavériques; aussi je pense que l'analyse sera toujours beaucoup plus sure quand elle sera faite sur du sang recueilli pendant la vie.

Ces objections sont grandes assurément, mais si je n'ai pas donné des moyens d'arriver avec certitude à la vérité, on m'accordera du moins de l'avoir rendue très-probable, et c'est souvent tout ce que l'on peut prétendre dans la science que nous cultivons Dans tous les cas il vaudrait mieux, je pense, procéder par de semblables moyens, que de s'en tenir à un examen superficiel tel qu'on peut le faire par la simple application des sens.

On pourra regretter que l'emploi du microscope soit nécessaire aux analyses de ce genre, et l'on ne trouvera pas cette méthode peut-être assez pratique; j'en conviens, et j'eusse mieux aimé pouvoir donner des moyens faciles à employer, sans préparation, au lit des malades et dans les amphithéâtres; mais lorsqu'on aura constaté un assez grand nombre de fois la présence du pus dans le sang par

ce procédé, on arrivera sans doute à déterminer quels sont les caractères du sang altéré par le pus; aussi dès à présent je regarde comme probable, d'après mes recherches, que le sang profondément altéré par le pus est liquide et présente une teinte violacée toute particulière. Au reste, si l'utilité du microscope appliqué à ce genre de recherches, pouvait contribuer à répandre l'usage de cet instrument, trop négligé des médecins en général, je m'applaudirais d'avoir fait de nouveaux partisans à cet utile auxiliaire des travaux d'anatomie pathologique.

Je n'ai pas eu pour but, ainsi que je l'ai annoncé en commençant, de faire l'histoire des altérations du sang, et de rechercher les cas dans lesquels ce fluide contient du pus; je me suis borné à donner les moyens d'entreprendre cette histoire avec méthode, d'éclairer la marche des observateurs. Si les médecins qui s'intéressent à ce genre d'investigation, et qui seraient bien aise de résoudre les difficultés que présente encore l'histoire de la résorption purulente, veulent s'adresser à moi, je me ferai un devoir et un plaisir de mettre à leur disposition mes instrumens et mon expérience, et de faire avec eux les analyses des liquides pathologiques de l'économie; de semblables recherches ne peuvent guères se faire qu'en commun et par le concours d'un certain nombre d'observateurs zélés.

J'avais commencé, pour me poser des problêmes à résoudre, par injecter du pus dans les veines de chiens auxquels je pratiquais ensuite de petites saignées à différens intervalles; j'ai ainsi retrouvé du pus dans le sang de deux chiens, et pendant plusieurs jours; mais ces expériences présentant beaucoup d'inconvéniens et de difficultés, j'ai dû chercher d'autres moyens; j'en ai trouvé un bien simple qui me semble réunir tous les avantages que l'on peut désirer dans l'étude d'une semblable question. Au lieu de mêler du pus à du sang quand celui-ci est refroidi et en

caillot, je reçois le sang sortant de la veine dans un tube contenant un peu de pus; j'agite les deux liquides de manière à bien opérer le mélange; le caillot se forme toujours comme si le sang était pur; le sérum se sépare d'une manière moins exacte; il conserve une teinte sanguinolente, et il se passe au bout d'un temps plus ou moins long, suivant la quantité de pus, des phénomènes particuliers sur lesquels je reviendrai tout-à-l'heure.

C'est sur des mélanges intimes opérés de cette façon, et dans lesquels le sang domine tellement que les propriétés physiques du pus sont entièrement masquées, que je recherche le fluide purulent à l'aide des moyens d'analyse indiqués plus haut.

Le sérum ne me présente ordinairement aucune trace de pus, tant que le caillot reste bien séparé, et que la partie solide et la partie liquide du sang ne sont point confondues. Mais en divisant le caillot et en exprimant sur une lame de verre un peu du sang qu'il contient, le microscope m'y fait voir un certain nombre de globules purulens réunis par petits groupes et parfaitement distincts des globules sanguins par leur aspect et leur diamètre. De plus, en ajoutant à la liqueur une goutte d'ammoniaque, tous les globules sanguins se dissolvent et disparaissent, tandis que les globules purulens restent très distincts. J'ai répété souvent cette expérience qui est facile à faire, et elle m'a donné des résultats satisfaisans.

On me demandera peut-être si j'ai appliqué cette méthode d'analyse à des cas de résorption purulente, dans lesquels on fût autorisé à croire que le sang fût mêlé de pus, et si j'ai également bien réussi? Je n'ai assurément pas manqué de faire cette recherche sur plusieurs sangs que j'avais recueillis moi-même, ou que des internes des hôpitaux ont eu la complaisance de me procurer; je pense même qu'elles n'ont pas été infructueuses, et je pourrais citer plusieurs cas dans lesquels je crois avoir rencontré du

pus mêlé au sang. Ainsi M. Boinet, membre de la Société anatomique, m'ayant remis du sang fluide, d'une teinte violacée, sans me dire d'où il provenait, j'ai examiné ce sang au microscope; il ne m'a présenté que des globules purulens épars, et les globules sanguins étaient presqu'entièrement dissous; l'ammoniaque n'a pas fait disparaître les globules de pus. Ce sang appartenait à un individu qui avait succombé à une résorption purulente à la suite d'une lésion traumatique; quelques veines contenaient du pus en nature. Mais avant de publier de pareils faits il faut les vérifier souvent, multiplier les observations, et avoir obtenu pour la méthode que je propose la confiance des médecins; si elle supporte l'examen et la critique, si elle mérite la sanction des observateurs attentifs, alors il me sera permis de l'appliquer à l'étude des phénomènes pathologiques.

En attendant, et avant de terminer ce mémoire, je vais signaler un fait dont j'ai déjà dit un mot plus haut, et qui mérite peut-être de fixer l'attention des physiologistes; ce fait me semble en effet assez curieux, et pourrait servir à l'intelligence de phénomènes restés obscurs jusqu'à présent.

Expériences nouvelles relatives à l'action du pus sur le sang. — Lorsque l'on mêle un peu de pus louable à du sang sortant de la veine (environ une partie de pus pour huit ou neuf parties de sang), le caillot se forme, comme je l'ai dit, au moins aussi rapidement que dans le sang pur; seulement le sérum ordinairement reste un peu trouble. Au bout d'un certain temps, huit, douze ou vingt heures, suivant la quantité de pus, peut-être aussi suivant sa qualité et celle du sang, le caillot qui s'était formé devient diffluent et finit par se dissoudre entièrement, tandis que le même sang pur présente encore, comme on sait, ses élémens solides et liquides parfaitement distincts. Si la proportion de pus est considérable, la liquéfaction du caillot peut

commencer en moins de deux ou trois heures. Si on observe ce sang mêlé de pus, au moyen du microscope, on voit dès la sixième heure après le mélange opéré, les globules du sang se déformer, pâlir, perdre peu-à-peu la netteté de leurs contours, et le lendemain, quand le sang est tout-à-fait liquéfié, on ne trouve plus absolument que des globules purulens. Là se présente une question intéressante; la dissolution des globules sanguins s'est-elle réellement opérée comme par un agent chimique, ou bien ces globules ont-ils subi une altération, une espèce de transformation purulente? Je suis porté à admettre cette dernière opinion, qui va se trouver confirmée tout-à-l'heure par d'autres expériences. D'abord il est évident que les globules du sang ont éprouvé par le contact du pus, une certaine modification, une altération particulière qui leur a donné l'aspect de globules purulens. On ne peut croire en effet qu'il s'opère une dissolution complète des globules sanguins, et que tous les globules de forme purulente que l'on aperçoit appartiennent au pus mélangé d'abord en nature : ces globules sont si nombreux qu'ils remplissent tout le champ du microscope; en outre, ils ne sont plus tous réguliers et de même grosseur, comme ils étaient avant le mélange; en regardant avec attention, on en aperçoit de deux grosseurs, les uns plus petits et se rapprochant du diamètre des globules sanguins; les autres plus gros et tels qu'ils se présentent dans le pus. Mais nous allons suivre pas à pas cette transformation purulente des globules sanguins.

J'ai opéré sur du sang de batraciens, dont les globules étant plus gros que ceux du sang de l'homme, se prêtent mieux à une observation minutieuse; du sang de grenouille a été mêlé en sortant des vaisseaux, avec du pus; le caillot s'est formé, puis s'est liquéfié au bout d'un certain temps. En examinant ce sang à différens intervalles, voici ce que l'on observe : L'enveloppe colorée des globules sanguins commence par se rider, se plisser; en même temps le noyau

central devient opaque, comme s'il s'infiltrait. Bientôt le globule perd sa forme ovalaire et régulière; plus tard, son enveloppe se déchire et se dissout, et le noyau central apparaît dans la liqueur, tout-à-fait analogue à un globule purulent. Dans cet état, il est impossible de distinguer les véritables globules de pus, des globules sanguins modifiés. Tous ces phénomènes se produisent dans l'espace de vingt-quatre heures au plus. Mais il y a plus; le sang altéré, liquéfié par le pus, produit à son tour le même effet sur le sang avec lequel on le met en contact; il est donc très-probable qu'il a subi une véritable transformation purulente.

Les conditions vitales dans lesquelles le sang, qui ne peut pas être considéré comme un liquide inerte, comme un produit d'excrétion, par exemple, se trouve en sortant de la veine, sont-elles pour quelque chose dans le phénomène que je viens de décrire, et l'action du pus serait-elle la même sur le sang quelque temps après sa sortie des vaisseaux, et lorsque refroidi il ne peut plus être considéré comme étant sous l'influence de la vie? C'est ce qui n'arrive pas; le pus peut être mis en contact avec du sang, en toute proportion, lorsque celui-ci est refroidi, sans avoir aucune action sur le caillot.

Mais dans ce cas, le sang n'a pas seulement cessé d'être sous l'influence de la vie, il a encore subi des modifications physiques et chimiques dont il est indispensable de tenir compte; la coagulation est à elle seule une circonstance capitale qui peut changer beaucoup les conditions propres à l'action du pus. Les expériences que j'ai faites me portent en effet à admettre que c'est principalement à ce changement qu'il faut attribuer la résistance du sang à l'action du pus après son refroidissement.

Immédiatement après avoir mêlé du pus et du sang, j'ai plongé pendant une demi-heure le tube dans un mélange réfrigérant de glace et de sel, afin de détruire au-

tant que possible l'action vitale si elle existait. Cette opération n'a rien changé au résultat, et le caillot s'est liquéfié absolument comme un mélange du même pus et du même sang que j'avais laissé à la température ordinaire. D'un autre côté, en recevant du sang dans un tube contenant du pus, et maintenu pendant une heure à la température de 42 degrés, le caillot s'est formé à-peu-près comme à la température ordinaire, et sa liquéfaction ne s'est pas opérée plus rapidement. J'ai fait un mélange de sang sortant de la veine avec de l'acide hydro-sulfurique; le sang, dans ce cas, se comporte à-peu-près comme s'il était pur, ou du moins son caillot se forme comme à l'ordinaire, et ses globules ne subissent pas de modification appréciable. Ce moyen m'a donc paru convenable pour étudier l'action du pus sur le sang, après avoir éteint, autant que possible, la vitalité des globules. Après avoir mis du pus louable au fond d'un tube, j'y ai versé une certaine quantité d'acide hydro-sulfurique, puis j'ai reçu du sang sortant de la veine dans ce même tube: j'ai mélangé avec soin. Dix heures après, le caillot qui s'était bien formé s'est liquéfié, et les globules avaient subi l'altération précédemment décrite, tandis que le même sang non mélangé de pus et celui mélangé à l'acide seul, n'avaient éprouvé que les modifications ordinaires.

Le pus est-il le seul fluide de l'économie capable de produire cette action remarquable? J'ai essayé l'urine et la bile, qui n'ont produit absolument aucune action, du moins sous le rapport que je considère ici.

Enfin, ne pourrait-on pas considérer cette action dissolvante du pus sur le sang, comme une action purement chimique et comme dépendante, par exemple, de l'alcali contenu dans le pus? On sait, en effet, que les alcalis, la soude, la potasse, l'ammoniaque, dissolvent le sang, ou du moins empêchent la formation du caillot; mais l'expérience réussissant tout aussi bien, comme je m'en suis as-

suré plusieurs fois, avec le pus acide qu'avec le pus alcalin, je ne vois pas qu'il y ait lieu de discuter cette question. Les seules espèces de pus dont l'action a été peu marquée, sont du pus séreux et le pus provenant de l'expectoration. Le pus des bubons syphilitiques n'a absolument rien produit.

Il est bon de noter que j'ai employé pour ces expériences du sang pris sur des individus atteints d'affections peu graves (pléthore, céphalalgie, etc.), afin de ne pas compliquer les résultats.

Cette liquéfaction du caillot et les modifications que subissent les globules sanguins, ne peuvent nullement être considérées comme le résultat d'une décomposition du sang, d'une espèce de putréfaction hâtée par le contact du pus : la dissolution du caillot ne s'opère que très-lentement sous l'influence de la putréfaction ; il faut au moins de six à huit jours, même en été, pour que le caillot se résolve, et dans ce cas on voit les globules sanguins se dissoudre sans présenter aucune analogie avec le pus.

Ces expériences me paraissent propres à expliquer des phénomènes observés depuis long-temps, mais dont on n'a pas encore donné d'explication satisfaisante. On sait avec quelle étonnante rapidité le pus se forme dans quelques circonstances ; on voit en peu de temps de vastes collections purulentes se former au milieu des organes, et il n'est pas rare de voir ce produit pathologique infecter, pour ainsi dire, l'économie toute entière. Aussi les anciens disaient-ils que *le pus appelle le pus.* Si, en effet, ce liquide a la propriété d'agir sur le sang à la manière des fermens sur les matières fermentescibles ; si une molécule purulente ne peut pas se trouver en contact avec des globules sanguins sans agir sur eux, sans les altérer, les modifier, les transformer enfin en véritable pus, les principaux phénomènes de la résorption purulente se trouvent expliqués. Ces expériences tendent en outre à confirmer l'opinion des observateurs qui

pensent que le pus provient du sang, que ce liquide n'est bien réellement que du sang modifié.

Enfin ne sommes-nous pas autorisés à penser, même sans avoir recours à d'autres moyens d'analyse, que l'état de mollesse et presque de fluidité que présente le sang dans certains cas de fièvre de mauvais caractère, dans certaines varioles confluentes pernicieuses, est dû à la présence du pus dans le sang (1)?

Mémoire sur le diagnostic du rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche; par M. Briquet, *médecin à l'hôpital Cochin.*

Malgré les progrès incontestables que l'important ouvrage de M. le professeur Bouillaud et les travaux de quelques contemporains ont fait faire à l'étude des maladies du cœur, il reste encore plusieurs parties du diagnostic différentiel de ces affections qui attendent de nouvelles recherches.

Celle de ces parties qui a rapport aux moyens de distinguer les retrécissemens de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, des rétrécissemens de l'orifice de l'aorte, est certainement une des moins avancées : je ne crois donc pas hors de propos d'attirer l'attention des praticiens sur quelques particularités d'auscultation qui peuvent servir à éclaircir ce point encore obscur.

Laennec pensait que quand le bruit de frottement s'entendait avant le premier bruit du cœur, c'est-à-dire au premier temps, le rétrécissement était aux orifices artériels, et que, quand il s'entendait après le second bruit, c'est-à-dire

(1) L'état de dissolution du sang a été observé il y a long-temps dans certains cas de variole grave. Lister s'exprime ainsi à ce sujet : « *In multis autem variolis quibus urina cruenta mota est, sanguinem e brachio missum adeo aquatum putridumque esse vidi ut fluctuaret crassamentum in vase non aliter quam ipsum serum.* »

au second temps, le rétrécissement devait siéger aux orifices auriculo-ventriculaires.

Cette distinction avait probablement été établie *à priori;* elle tenait aux idées de Laennec qui croyait que le second bruit du cœur était dû à la contraction brusque des oreillettes, et qui supposait que cette contraction pouvait imprimer au sang assez de force pour qu'en passant à travers l'orifice auriculo-ventriculaire rétréci, il fit entrer ces lèvres en vibration sonore.

Or, de ces deux suppositions, la première est erronée, ainsi que cela est démontré depuis longtemps, et la seconde ne paraît guères probable.

Bien plus, il est d'observation très-positive que des bruits de frottement au premier temps coïncident tout aussi bien avec les rétrécissemens des orifices auriculo-ventriculaires qu'avec ceux des orifices artériels; la raison de cette coïncidence se conçoit très-bien. Dans la plupart des observations de rétrécissement des orifices ventriculaires, on voit qu'en même temps les valvules épaissies et indurées ne pouvaient plus, en s'appliquant l'une contre l'autre, fermer l'orifice, lors de la systole des ventricules, et que conséquemment il y avait en même temps rétrécissement de l'orifice et insuffisance de ses valvules. Il est bien évident que, dans ces cas, le sang devait, par la contraction des ventricules, s'échapper à-la-fois et par l'orifice artériel et par l'orifice auriculo-ventriculaire resté béant. Ainsi donc les moyens que Laennec avait donnés pour établir le diagnostic sont complètement nuls.

M. Bouillaud, dont l'opinion est, à juste titre, une autorité en pareille matière, dit qu'en général le maximum d'intensité du bruit de frottement se trouve dans le point de la région précordiale qui correspond à l'orifice rétréci; puis il fait observer qu'à gauche l'orifice artériel étant placé contre l'orifice auriculo-ventriculaire correspondant, il est impossible de préciser vis-à-vis quel orifice se trouvera ce-

maximum qu'on aura entendu dans une des régions du cœur: par conséquent le siège de ce maximum, excellent pour distinguer l'un de l'autre les rétrécissemens des orifices du cœur droit, devient complètement insuffisant pour établir l même distinction dans le cœur gauche.

Ce qui vient d'être dit du bruit de frottement s'applique au frémissement cataire qu'on sent en appliquant la main sur la région précordiale, et fait que ce moyen est aussi illusoire que les précédens pour les cas en question. Aussi M. Bouillaud conseille-t-il de chercher à s'éclairer à l'aide d'autres phénomènes. Il pense qu'on peut tirer parti de l'état du pouls. Selon lui, le pouls est plus petit et plus irrégulier avec les rétrécissemens de l'aorte qu'avec ceux de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Mais comme M. Hope, qui s'est aussi beaucoup occupé des maladies du cœur, a avancé précisément tout le contraire, il est évident que, d'après une telle dissidence entre deux observateurs aussi distingués, l'état du pouls ne peut servir au diagnostic.

Enfin M. Bouillaud parle d'un frémissement vibratoire que Corvisart avait reconnu dans les artères voisines du cœur, lors de rétrécissement aortique. Or, si l'on consulte les recueils d'observations de maladies de l'aorte, on trouve très-rarement ce frémissement : ainsi, par exemple, sur près de trente observations de rétrécissemens ou d'ossifications de valvules de l'aorte qui se trouvent dans la première partie du second volume de l'ouvrage de M. Bouillaud, on ne voit qu'une fois un bruit de soufflet dans les carotides, et dans plusieurs cas dans lesquels la lésion était à un degré avancé, on a noté l'absence du frémissement vibratoire.

M. Littré qui a fait, dans la seconde édition du *Dictionnaire de Médecine*, un résumé très-clair et très-complet de nos connaissances sur les maladies des orifices du cœur, établit deux élémens de diagnostic. Le premier, c'est que les rétrécissemens des orifices auriculo-ventricu-

laires donnent un bruit de frottemeut au second temps. Comme il a été dit, M. Bouillaud, et les faits de tous les jours, ont démontré que cette assertion est tout-à-fait erronée.

Le second, c'est que les rétrécissemens des orifices du cœur s'accompagnent de bruits de soufflet, de lime, de scie ou de râpe, tandis que les insuffisances des valvules qui garnissent ces orifices ne s'aecompagnent que d'un bruit de souffle.

Cette distinction est plus spéculative que pratique ; elle ne s'accorde ni avee les faits ni avec la théorie.

En effet, tous ces bruits de souffle, de soufflet, de râpe, de scie, etc., ne sont que des espèces d'un même bruit plus général, le bruit de frottement, lequel varie suivant les ehangemens des conditions sous l'influence desquelles il est produit. Ainsi que l'on fasse varier le diamètre, la forme ou la matière d'un orifiee, la nature ou la densité du liquide qui doit le traverser, la quantité de ce liquide qui doit dans un temps donné se présenter à l'orifice, et la force sous l'impulsion de laquelle ce passage s'opère, néeessairement on fera varier le nombre et l'intensité des vibrations de cet orifice.

Par exemple, le sang qui refluera vers le cœur par l'orifice insuffisant de l'aorte, sous l'influenee de la simple réaction élastique des parois de cette artère, pourra bien ne donner lieu qu'à un bruit de souffle. Mais il en sera de même pour le sang projeté avec la foree ordinaire du ventrieule gauche à travers un orifice de l'aorte un peu dépoli ou un peu rétréci, ainsi que eela se voit dans une multitude de cas, tels que les rhumatismes, les maladies commençantes des valvules. Par contre, le sang qui refluera du ventricule gauche vers l'oreillette, à travers l'orifice auriculo-ventriculaire induré et insuffisant, sous l'influence de la contraction énergique de ce ventricule hypertrophié, devra donner, en passant à travers cet orifice, tous les bruits

qu'il pourrait donner en passant par l'aorte, puisque les conditions sont les mêmes; c'est du reste ce que l'observation confirme pleinement, et le fait que je vais rapporter en est un exemple.

Il résulte bien évidemment de cette discussion, que le diagnostic des rétrécissemens des orifices du ventricule gauche est encore à établir. Les recherches que je présente avanceront-elles nos connaissances sur ce point? Je l'espère.

Avant d'aller plus loin, je dois dire quelle occasion m'a donné la pensée d'étudier les faits que je vais rapporter. Chargé de faire pendant les cinq mois qui viennent de s'écouler le service de M. Lerminier à l'hôpital de la Charité, il se présenta à moi quelques malades chez lesquels un bruit de soufflet très-prononcé ne se faisait entendre qu'à la partie inférieure de la région précordiale. Des élèves internes de l'hôpital et de jeunes médecins qui suivaient les visites me dirent qu'on croyait avoir remarqué à la Charité, que ce bruit ainsi limité correspondait à un rétrécissement d'un orifice auriculo-ventriculaire, et que M. Rayer, médecin de cet hôpital, avait entrevu cette coïncidence. Je ne me prononçai pas, mais mon attention fut éveillée sur ce point. Quelque temps après je fus envoyé à l'hôpital Cochin, où je venais d'être nommé médecin. L'un des premiers malades graves que j'y vis avait précisément le bruit de frottement à la région inférieure du cœur. Il mourut, et je trouvai un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche : je consultai mes notes, et j'y trouvai deux observations de semblable rétrécissement; elles avaient été prises en 1828 et 1829, chez M. Lerminier, dont les médecins déplorent la perte récente, et qui accueillait si volontiers ceux que le désir d'apprendre attirait auprès de ses malades. Dans ces deux cas il y avait bruit de soufflet à la partie inférieure de la région précordiale; mais dans l'un d'eux la limite du bruit n'est pas donnée d'une manière assez explicite pour

être rapportée ici. Aussi je me bornerai à n'en donner qu'un que je joindrai à celui que je viens d'observer.

Obs. I.re — N..., âgé de 45 ans, est né d'un père asthmatique ; sa santé a été habituellement bonne, seulement sa respiration a toujours été courte.

Il a eu, il y a quelques années, une légère attaque d'apoplexie ; depuis deux ans et demi il est sujet aux palpitations; d'abord faibles et rares, elles ont été graduellement en augmentant.

Il y a dix-huit mois qu'il eut une fièvre vive avec délire et douleurs sans gonflement dans les membres ; cette maladie, sur la nature de laquelle il a été impossible d'obtenir plus de détails, a duré une quarantaine de jours , a laissé un peu de désordre dans les idées , et de la perte de mémoire, accidens qui se sont peu à peu dissipés.

A dater de cette époque, les palpitations et l'essouflement ont tellement augmenté, que N... a été obligé de quitter sa profession, pour ne plus se livrer qu'à des travaux peu fatigans.

Il y a quelques mois ses malaises s'accrurent; il y eut un peu d'infiltration des membres inférieurs qui a disparu; il n'est alité que depuis quatre jours.

Entré à l'hôpital Cochin, le 25 juin, dans l'état suivant : embonpoint conservé, légère teinte ictérique des conjonctives et de la peau, lèvres colorées en rose, langue ayant à son centre une large baude brune et sèche, pas d'appétit, de temps en temps quelques vomissemens.

Afin de mieux préciser les points où s'étendaient les divers bruits du cœur, les deux tiers inférieurs de la partie antérieure et gauche du thorax sont censés divisés par deux lignes, l'une horizontale, l'autre verticale, qui se coupent à angle droit, et dont le point d'intersection tombe sur le mamelon de ce côté.

A l'autopsie il s'est trouvé, 1.° que la ligne horizontale qui répondait à la troisième côte répondait aussi très-exac-

tement au bord qui termine en haut les ventricules droit et gauche du cœur; de sorte que tout le cœur était au-dessous de cette ligne, et que l'origine de l'artère pulmonaire et de l'aorte étaient au-dessus; 2.° que la ligne verticale répondait presqu'à l'union du ventricule droit avec le ventricule gauche.

Cette division partageait ce côté du thorax en quatre parties; la première, inférieure et interne, qui, à partir du sternum, répondait à l'oreillette et à une grande partie du ventrieule droit; là on entendait le premier bruit du cœur qui était très-sourd, qui se prolongeait et se terminait par un bruit de soufflet très marqué; le second bruit ne s'entendait pas.

Dans la partie inférieure et externe qui correspondait au ventricule gauche et à une très-petite partie du droit, le premier bruit s'entendait à peine; il était remplacé par un bruit de soufflet bien plus fort qu'à droite. Le second bruit ne s'entendait pas non plus.

Dans la partie supérieure et interne qui correspondait à l'aorte et à l'artère pulmonaire, les deux bruits du cœur s'entendaient très-bien, ils n'étaient pas sourds; le second était un fort claquement; il n'y avait pas de bruit de soufflet.

Dans la partie supérieure et externe qui répondait à l'appendice de l'oreillette gauche, mais avec l'intermédiaire d'une grande épaisseur du poumon, mêmes bruits dans la partie interne et supérieure, mais moins prononcés. A la partie supérieure du sternum, rien de particulier; les battemens du cœur s'entendent dans toute la partie postérieure du thorax; ils sont, le premier un peu sourd, le second normal.

Les battemens du cœur sont irréguliers, tantôt fréquens, tantôt lents; l'impulsion qu'ils donnent est tantôt forte, tantôt faible; elle se sent surtout dans la partie inférieure et interne; il y a de la matité verticalement depuis

la troisième côte jusqu'au bas du thorax, et transversalement depuis la ligne médiane du sternum jusques à deux travers de doigt, en dehors de la ligne verticale dont il a été parlé. (Le cœur, volumineux, correspondait à toute cette surface, le poumon gauche se trouvant refoulé). Les jugulaires du côté droit sont larges; l'externe est variqueuse; on y voit un reflux à chaque pulsation du cœur. Il y a des battemens très-forts dans le tronc innominé et dans la carotide droite. Rien d'anormal à gauche.

Voussure douteuse à la région précordiale. Le pouls est irrégulier; les artères semblent n'être pas pleines.

L'air pénètre librement dans les deux poumons; néanmoins la respiration est gênée; il n'y a ni toux ni expectoration; le ventre est assez développé, le foie déborde les côtes; il y a dans ce point sensibilité à la pression. Pas de diarrhée, pas d'infiltration. (Saignée du bras; chiendent nitré).

26. La langue est plus brune, la respiration plus gênée, les battemens du cœur plus tumultueux. Le bruit de soufflet ne s'entend toujours que dans les mêmes points où il s'entendait la veille; son intensité est augmentée, car il se rapproche du bruit de lime. Il y a eu quelques vomissemens. (25 sangsues à l'anus; mêmes boissons).

27. Etat de malaise très-prononcé; toujours bruit de soufflet borné aux parties inférieures. La peau est froide; le pouls très-fréquent et très-petit.

28. Dyspnée extrême, extrémités froides; pouls fort, irrégulier. Mort dans la journée.

Autopsie faite vingt heures après la mort. — Lividités cadavériques; pas d'infiltration.

Le péricarde présente à sa partie antérieure et à gauche une rougeur fort vive des tissu cellulaire et adipeux qui le recouvrent à l'extérieur. Cette rougeur est le produit d'une injection très-fine et presque générale. A l'intérieur il est parsemé de plaques d'un blanc-jaunâtre; il contient quelques

cuillerées de sérosité claire. Le cœur est volumineux (six pouces de la pointe à la partie correspondante de l'oreillette droite, trois pouces et demi de haut en bas, et quatre pouces d'avant en arrière à la face qui touche le diaphragme).

Il y a des petites ecchymoses sur la face antérieure de l'oreillette droite, des plaques blanchâtres sur les ventricules droit et gauche, une rougeur très-vive sur la partie péricardique de l'aorte et de l'artère pulmonaire, avec injection très-prononcée et épaississement du tissu cellulaire correspondant. Enfin on voit une rougeur très-vive de l'appendice de l'oreillette gauche et des parties qui l'avoisinent. Cette rougeur, accompagnée d'une dureté remarquable, donne à cette partie l'aspect de la chair d'une crête de coq, ou de ces épiploons chroniquement enflammés qu'on trouve si souvent dans les ascites. La séreuse a conservé sa transparence et son luisant. L'oreillette droite, fort dilatée, est remplie de caillots; ses parois, de trois lignes d'épaisseur, sont garnies de fortes colonnes charnues. Le ventricule droit, aussi dilaté, a ses parois de sept à huit lignes d'épaisseur vers sa base, et ses colonnes charnues très-développées aussi. L'orifice auriculo-ventriculaire est très-large; il a quatre pouces et demi de circonférence. La valvule tricuspide fixée à des colonnes très-dures, est appliquée contre les parois et ne peut s'élever, de sorte que l'oreillette et le ventricule semblent ne faire qu'une cavité. La membrane interne du cœur droit paraît être à l'état normal; il y a seulement quelques granulations anormales dans l'épaisseur du bord libre des divisions de la valvule tricuspide. L'artère pulmonaire a trois pouces de circonférence; ses parois sont épaisses, mais d'aspect normal.

L'oreillette gauche est dure; son appendice se maintient dilaté; sa cavité est peu augmentée; sa membrane interne présente en arrière des fausses membranes déjà anciennes et bien organisées, qui lui font perdre son poli et lui donnent une couleur jaune-rougeâtre; là se trouvaient adhé-

rentes des portions de fibrine. En avant, cette membrane plus lisse se rapproche de l'état normal. La cavité de l'appendice est remplie de concrétions fibrineuses dures ; la membrane interne y est tapissée de plusieurs couches de fausses membranes, entre lesquelles des fissures ont permis au sang de s'infiltrer.

Le ventricule gauche est peu dilaté ; ses parois ont un pouce d'épaisseur à la base, et quatre lignes à la pointe.

L'orifice auriculo-ventriculaire offre, du côté de l'oreillette, une longue fente transversale de dix lignes, à bords épais, arrondis, formant un bourrelet ridé, dur, d'un jaune rougeâtre, rugueux, et dont les commissures sont plus rugueuses encore. Du côté du ventricule, les deux parties de la valvule bicuspide sont épaisses de plus d'une ligne, d'un tissu fibro-cartilagineux; elles ont conservé leur forme, sont placées parallèlement l'une contre l'autre, et sont fixées dans cette position. Entr'elles il reste une fente analogue à une glotte, de quatre lignes de longueur sur une ligne et demie de longueur à une extrémité, et une ligne à l'autre extrémité. Cette glotte reste béante en raison de la rigidité des deux parties de la valvule, et aussi à raison des aspérités et des ossifications qui se trouvent à une des commissures, et de végétations grisâtres pédiculées qui ne peuvent être séparées qu'avec effort des parties où elles ont pris naissance, qui se trouvent à l'autre commissure. L'aorte est un peu étroite après sa courbure ; le doigt n'y passe qu'avec peine. L'une des valvules sygmoïdes est un peu dure ; elle se maintient écartée de la paroi de l'aorte, qui du reste a l'aspect tout-à-fait normal. Les deux veines caves et les jugulaires droites sont très-amples.

Les poumons sont crépitans partout, emphysémateux en quelques points; ils ne laissent suinter à la coupe ni sang ni matières spumeuses, si ce n'est à leur base. Le droit est entouré de nombreuses adhérences celluleuses.

Le foie est volumineux; sa face convexe offre des adhérences anciennes qui l'unissent au diaphragme.

La substance jaune prédomine dans son tissu; les veines sus-hépatiques sont très-amples. La vésicule biliaire est remplie d'une bile épaisse et noire; les couduits biliaires sont libres.

L'estomac est petit, contracté; la muqueuse est rouge, parsemée d'arborisations très-nombreuses, et mamelonnée; il contient des matières muqueuses. Le duodénum est un peu injecté: les autres parties du tube digestif sont à l'état normal.

La rate est petite et dure; les reins sont rougeâtres; l'un d'eux contient beaucoup de graviers d'acide urique: le vessie est très-ample.

L'arachnoïde est opaque et garnie de nombreuses glandes de Pachioni et de nombreuses adhérences le long des bords de la scissure longitudinale. Le cerveau est extrêmement mou et pâle, sans autre altération appréciable.

Ce fait, qui est très-curieux, offre surtout de l'intérêt sous deux rapports principaux.

Le premier est celui de la nature de la maladie. On voit une inflammation du péricarde celle et d'une portion du cœur avec toutes ses conséquences, réunies dans une seule cavité. Fausses membranes, taches opaques, caillots adhéreus, légères ulcérations, végétations polypeuses, ossifications, épaississement des valvules, endurcissement du pourtour d'un orifice de communication, et coarctation de cet orifice; rougeur et endurcissement du tissu du cœur lui-même. Il est difficile de ne pas voir une filiation, à partir des phénomènes les plus anciens jusqu'aux plus récens.

Cette inflammation a dû marcher lentement, car elle n'a pas produit de troubles notables dans les fonctions. Le malade avait été interrogé dans la vue de rechercher ces troubles, et ses réponses se sont bornées à ce qui a été indiqué, et qui se rapporte plus à une maladie du cerveau,

dont on a trouvé les traces, qu'à une maladie aiguë du cœur.

Le second point curieux de ce fait, est le bruit de soufflet qui a tous les jours été écouté avec soin, qui ne s'est jamais entendu que vis-à-vis des ventricules, et qui a eu son maximum vis-à-vis du ventricule gauche. Ce phénomène se conçoit si l'on réfléchit à la facilité qu'ont les vibrations sonores à se propager dans les solides par voie de continuité, et la difficulté de cette propagation quand la communication de l'ébranlement se fait par voie de contiguïté. Dans le premier cas, l'ébranlement se transmet rapidement et sans rien perdre; dans le second cas, au contraire, pour que la perte du mouvement ne soit pas considérable, il faut la réunion de beaucoup de circonstances.

Ainsi, dans le fait présent, l'ébranlement causé par le sang qui met en vibration le pourtour de l'orifice auriculo-ventriculaire, doit se propager très-aisément dans les ventricules, corps solides, continus à l'orifice, et être perçu à travers les parois pectorales qu'ils touchent; il doit, au contraire, se propager difficilement dans les oreillettes, corps moins durs que les ventricules, et être plus difficilement perçus à travers les parois de la poitrine, puisque les vibrations ont à traverser des corps intermédiaires, tels que l'aorte, l'artère pulmonaire ou le poumon gauche, lesquels ne sont que contigus à l'oreillette gauche, et se trouvent placés dans des conditions peu favorables pour transmettre les bruits partis de l'oreillette gauche. Ces réflexions ne sont pas de pures idées théoriques, car elles reçoivent leur confirmation de ce qui arrive dans des circonstances différentes. Que le rétrécissement siége à l'un des orifices artériels, alors l'ébranlement devra, en raison de la continuité, se propager aussi facilement à l'origine de l'artère rétrécie qu'au ventricule, et le bruit de frottement se faire entendre vis-à-vis de cette artère, aussi bien que vis-à-vis des ventricules, et c'est précisément ce qui a lieu.

J'ai actuellement sous les yeux plusieurs malades affectés de rétrécissemens bien évidens des orifices artériels, de l'aorte surtout. Chez ces sujets, outre le bruit de soufflet perçu à la région des ventricules, on entend très-nettement un très-fort bruit de soufflet au-dessus de la troisième côte, entre le sternum et une ligne verticale qui passerait par le mamelon.

Obs. II.° — Capdevielle, âgé de 29 ans, a la diarrhée depuis deux ans, il a eu il y a dix mois une attaque d'apoplexie avec hémiplégie à gauche. À cette même époque, il fut pris de battemens de cœur et d'étouffemens; l'hémiplégie diminua graduellement, mais les accidens du côté du cœur allant en croissant, il entra à l'hôpital de la Charité en septembre 1829.

Il est fort amaigri; l'appétit est conservé, mais les digestions se font difficilement; le ventre est sensible à la pression dans quelques points; il y a des coliques, et douze à quinze selles par jour; l'abdomen est déjà distendu par du liquide; il y a de l'œdème à la partie inférieure des jambes; la respiration est pure, souvent un peu gênée. La région du cœur, examinée avec soin, donne les phénomènes suivans: matité très peu étendue; le premier bruit du cœur est sourd et prolongé; il se termine par un bruit de soufflet très-prononcé vers la partie supérieure des ventricules, moins prononcé dans leur partie inférieure, mais néanmoins plus fort à gauche qu'à droite. Ce bruit de soufflet est absolument nul depuis le niveau de la troisième côte jusqu'en haut; il n'existe pas, et les deux bruits du cœur s'y entendent avec leur timbre et leur impulsion normales. Enfin, le second bruit du cœur donne vis-à-vis des ventricules un claquement très-clair et très-sonore. Le pouls est petit, faible et lent. Ce malade vécut encore deux mois, pendant lesquels il fut fréquemment ausculté, toujours avec les mêmes résultats. Enfin il périt en novembre, épuisé par la diarrhée et par une ascite pour laquelle on fut obligé

de pratiquer la paracentèse. Durant ce laps de temps, la face fut toujours pâle ; il eut peu de palpitations ; la respiration était médiocrement courte ; le pouls resta faible à tel point, qu'une vingtaine de jours avant la mort on finit par ne plus sentir les pulsations dans la partie inférieure de l'artère radiale du côté gauche.

A l'autopsie, on trouva dans le cerveau les traces d'un ancien épanchement, et dans les intestins des ulcérations très-nombreuses avec état cartilagineux des portions de muqueuse que les ulcérations avaient respectées, et de très-nombreuses végétations en forme de pinceau, contenant un réseau vasculaire très-développé.

Le cœur était au-dessous de l'état normal pour le volume (ce cadavre était réduit à l'état de squelette); les quatre cavités avaient chacune la capacité normale, si ce n'est l'oreillette gauche qui avait un peu plus d'ampleur, et dont les parois avaient plus d'épaisseur que dans l'état sain ; l'artère pulmonaire était à l'état également normal ; l'orifice auriculo-ventriculaire gauche était la seule partie du cœur qui fût malade ; il offrait un rétrécissement tel qu'à peine on pouvait introduire le bout du petit doigt ; les deux valves de la valvule bicuspide étaient fort épaissies, fibro-cartilagineuses, de même pour les cordes fibreuses qui s'y insèrent ; leur volume était doublé ; elles étaient devenues solides, et en vertu de cette rigidité, les deux valves étaient maintenues dans une position de refoulement vers l'oreillette ; l'orifice de l'aorte n'était pas aussi large que de coutume ; néanmoins il n'y avait pas la moindre altération aux valvules, et partout ailleurs l'aorte avait son calibre normal.

Ce cas offre encore le fait remarquable d'un bruit de soufflet après le premier temps, avec son maximum d'intensité vers le haut des ventricules et à gauche, et n'existant point au-dessus de la troisième côte. Il présente de plus, ce qui est sans exemple, tout le cœur à l'état sain, si ce n'est

l'orifice auriculo-ventriculaire gauche et ses annexes; ce qu'on ne peut expliquer que par l'état de maigreur et de débilité du sujet, au moment où apparurent les premiers phénomènes de la maladie.

Voilà deux faits bien positifs de bruit de soufflet, au premier temps coïncidant avec un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire. J'ai entendu dire à la Charité que cette coïncidence avait déjà été observée. J'ai cherché dans les observations de M. Bouillaud, et j'ai trouvé que, sur six ou sept cas de la lésion dont il est question, deux fois le bruit de soufflet est indiqué comme borné à la partie inférieure et gauche de la région précordiale. Il ne faut pas s'étonner de ce petit nombre de faits : il n'y a que peu de temps que l'auscultation du cœur se fait avec soin. Auparavant, on se bornait à chercher les bruits prédominans, sans indiquer précisément dans quelle partie de la région précordiale on les entendait, et sans tenir compte des bruits normaux : mais à présent que l'examen du cœur se fait plus minutieusement, il est à croire que les cas dans lesquels se trouvent les phénomènes que j'ai indiqués se multiplieront. Quoi qu'il en soit, tels qu'ils sont actuellement, ces faits peuvent mettre sur la voie, et conduire à un diagnostic plus précis qu'il ne l'a été jusqu'à présent.

Cette précision de diagnostic est plus importante qu'elle ne le paraît. Le médecin n'est malheureusement pas toujours appelé à guérir ; bien souvent son rôle se borne à tirer un pronostic et à faire un traitement palliatif. Or, le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche est bien une maladie qui a sa marche à elle, un gravité qui lui est propre et des accidens qui lui sont presque spéciaux, toutes circonstances dont il faut pouvoir tenir compte, qui établissent une différence entre cette affection et les désordres que causent les rétrécissemens de l'orifice aortique.

Quelques mots suffiront pour prouver la vérité de ces propositions.

Les dérangemens que le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche amène dans la structure du cœur sont presque constans. Ainsi, sur quinze observations de ce genre de lésion que j'ai prises dans nos meilleurs auteurs, et y comprenant les trois que j'ai recueillies, on trouve que douze fois l'oreillette et le ventricule droits sont dilatés et hypertrophiés; que treize fois l'oreillette droite est dans le même état; enfin que sur dix cas où l'état des grosses veines est noté, neuf fois ces gros troncs sont dilatés et remplis de sang. Ainsi il y a dilatation presque constante des cavités situées en deçà de l'orifice rétréci.

Ces lésions sont au contraire très-variables dans les rétrécissemens aortiques; on y trouve ces mêmes cavités, tantôt dilatées, tantôt à l'état normal, et tantôt rétrécies; leurs parois tantôt hypertrophiées, tantôt à l'état normal, et tantôt amincies; ainsi rien n'y est constant.

Si l'origine inflammatoire des rétrécissemens de l'aorte peut être contestée, celle des rétrécissemens de l'orifice auriculo-ventriculaire n'est le plus souvent pas même contestable; car, dans la plupart des cas récemment observés, qui seuls peuvent faire autorité, on rencontre autour du rétrécissement presque toutes les espèces de produits inflammatoires.

Sur les quinze sujets observés, huit étaient au-dessous de l'âge de quarante ans et un seul avait dépassé la cinquantaine. Sur six d'entr'eux la maladie ne remontait pas au-delà de deux ans, et sur deux elle datait de plus de quatre ans; d'où il résulte que la maladie dure peu de temps, et qu'elle fait périr ceux qu'elle affecte avant qu'ils ne soient avancés en âge. Tout le monde sait qu'au contraire les rétrécissemens de l'aorte, bien que pouvant exister à tous les âges, sont le propre des vieillards, et que, de ceux qui les portent, la plupart éprouvent des battemens de cœur et de l'intermittence dans le pouls long-temps avant la fin de leur vie; ce qui porte à conclure que cette dernière maladie est moins grave que la première.

La raison de cette gravité est très-simple. La force qui tend à surmonter la résistance qu'oppose l'orifice auriculo-ventriculaire gauche rétréci est peu considérable, mais presque toujours constante; c'est la pression du sang qui arrive par les veines pulmonaires, plus la contraction légère de l'oreillette; cette force est encore diminuée par l'effet du reflux du sang qui a lieu dans l'oreillette sous l'influence de la contraction du ventricule. Aussi une très-petite quantité de sang arrive-t-elle dans cette dernière cavité; presque tout séjourne en deçà de l'orifice rétréci. Sur les quinze sujets dont j'ai déjà parlé, on trouve que quatorze avaient le pouls petit, et que quatre fois il était tellement faible qu'il était presqu'insensible; en même temps on trouve que quatorze fois la face ou les lèvres étaient gonflées, bouffies ou violettes, et que treize fois il y avait une infiltration plus ou moins grande.

Il est loin d'en être ainsi pour les rétrécissemens aortiques. D'abord la force sous l'impulsion de laquelle le sang traverse le point rétréci est toujours assez grande, et quelquefois même elle est considérable, puisque souvent le ventricule gauche est hypertrophié; par conséquent il y aura passage d'une plus grande quantité de sang. En second lieu, à raison des divers états dans lesquels peut se trouver le ventricule gauche, la force d'impulsion sera variable; aussi trouve-t-on dans les observations des états variables du pouls, fort, dur, vibrant, raide, petit, inégal, irrégulier, etc. Les phénomènes de congestion veineuse et d'infiltration sont moins irréguliers que les précédens; mais sont loin d'avoir la constance de ceux qu'amène le rétrécissement auriculo-ventriculaire. En voilà bien assez, j'espère, pour établir que les dérangemens produits par ce mode d'altération de nos organes, ont une gravité et une marche spéciales, et qu'il est utile de pouvoir les reconnaître.

REVUE GÉNÉRALE.

Physiologie et Physiologie pathologique.

NOTE SUR UN MOUVEMENT PARTICULIER OBSERVÉ DANS LES GLOBULES DU SANG; *par Richard Emmerson et Reader.* — Le mouvement dont il est question dans cette note ne s'observe que cinq ou six jours après que le sang a été tiré de la veine. Après une série d'observations sur le sang, M. Reader remarqua un mouvement particulier propre aux globules de ce liquide examiné au microscope. Se défiant de l'exactitude de son observation, il soumit du sang qui avait été tiré de la veine cinq jours auparavant, à des examens répétés avec des verres de forces différentes, et toujours il parvint au même résultat. Le sérum dans lequel flottaient les globules, ayant été délayé dans un peu d'eau distillée, il observa, dans ces globules, un mouvement actif évident. Ils se portaient dans toutes les directions; ils paraissaient quelquefois se réunir, puis se séparer; ils passaient les uns par dessus les autres, ou à côté les uns des autres, modifiant sans cesse leur forme, leur position et leur aspect. Dans leur mouvement de rotation sens dessus dessous, on apercevait parfois des organes à peine visibles à l'aide des verres les plus grossissans. Ces corps possédaient un centre ou nodosité jaune légèrement rougeâtre, et une enveloppe ou circonférence d'un gris pâle. Le docteur Reader fut si frappé de ce phénomène, qu'il renouvela les expériences pendant quatre ou cinq mois, et en rendit témoins tous ses amis. Il s'assura par des observations exactes que les mouvemens décrits ne tenaient à aucune inclinaison du porte-objet, à aucune agitation de l'air, à aucun ébranlement du plancher, à aucun mouvement des mains, ni à la respiration de l'observateur, etc.; et il tira les conclusions suivantes:

1.° Les globules ou particules sphériques du sang possèdent une action vitale qui leur est inhérente, et la faculté de se mouvoir spontanément.

2.° Bien que ce mouvement spontané ne soit visible que quelques jours après que le sang a été tiré du corps, il n'est point cependant le résultat d'un travail chimique ou de fermentation du liquide au sein duquel flottent ces globules; mais c'est un mouvement *sui generis* appartenant à ces globules eux-mêmes. Ce mouve-

ment ne peut point être non plus l'effet d'un nouveau mode d'existence provenant de la décomposition du sang, car dans tous les cas où il y a eu décomposition ou fermentation, les globules cessaient de le présenter.

3.° Les acides, les sels et l'alcohol ajoutés au sang lorsqu'il vient d'être tiré de la veine, empêchent la manifestation du mouvement spontané des globules. Le muriate de soude et le nitrate de potasse diminuent ordinairement le diamètre des globules, soit en dissolvant leur enveloppe extérieure, soit par la condensation de leur substance, dont les acides étendus opèrent la désagrégation. (*The Edinb. med. and. surg. Journ.*, avril 1836).

Des effets de la phlébotomie pour faire renaitre et pour accroitre les mouvemens du cœur dans certaines circonstances; *par John Reid.*— J'ai observé, dans plusieurs expériences sur des animaux d'une classe inférieure, que si l'on dégorge les cavités droites du cœur quand les contractions de cet organe sont affaiblies ou suspendues, en pratiquant une ouverture à la veine jugulaire externe, on parvient quelquefois à faire renaître ces mouvemens. Ce fait peut être appliqué très-avantageusement à la pratique, dans certains cas où l'on doit chercher à rétablir la circulation.

1.re *Expérience.* — Dans des expérieuces que je faisais avec mon ami M. Cornack, sur les effets physiologiques de la créosote, je remarquai, en ouvrant le thorax d'un chien dans la veine fémorale duquel on avait injecté vingt-cinq gouttes de créosote, et immédiatement apres qu'il eût cessé de respirer, que le cœur était parfaitement tranquille, et qu'il restait ainsi lors même qu'il était piqué ou coupé superficiellement. Comme les cavités droites du cœur paraissaient tres-engorgées, on pratiqua une petite ouverture à l'oreillette. Dès que le sang coula, le cœur reprit ses mouvemens, et il continua à battre d'une manière énergique pendant deux ou trois minutes. Ces mouvemens ne cessèrent qu'au bout de cinq minutes. La même quantité de créosote fut injectée dans la veine jugulaire d'un autre chien. Le cœur fut trouvé parfaitement immobile et insensible à toute stimulation. Dès que l'on eut vidé l'oreillette droite d'une partie de son sang, il se contracta deux ou trois fois et cessa d'agir.

2.e *Expérience.* — Trois chiens furent tués par le moyen de la suspension; dès qu'ils eurent cessé de respirer, on ouvrit leur poitrine : chez tous les trois le cœur battait assez énergiquement, surtout sur l'un d'eux qui n'était âgé que de quelques mois. Lorsque

les battemens du cœur furent très-faibles, on ouvrit la veine jugulaire externe. Cette opération fut suivie d'une augmentation très-marquée, mais de peu de durée, dans l'action du cœur, chez deux des chiens qui étaient gros et robustes; chez le troisième, qui était le plus jeune, l'effet fut peu remarquable; l'ouverture de la veine jugulaire vida promptement les cavités droites du cœur.

3.e *Expérience.* — Après avoir donné une forte dose d'acide prussique à un chien, j'appliquai la main sur sa poitrine immédiatement après qu'il eut cessé de respirer; le cœur battait lentement et irrégulièrement. La veine jugulaire externe ayant été ouverte à la partie inférieure du cou, les battemens du cœur devinrent, à l'instant même, fréquens, réguliers et énergiques.

4.e *Expérience.* — Un lapin fut tué au moyen d'une forte dose de strychnine: quand le cœur fut mis à découvert, ses battemens étaient lents et pénibles. A l'ouverture de la veine jugulaire, les cavités droites du cœur se dégorgèrent, et ce dégorgement s'accompagna d'une augmentation marquée dans le nombre et dans la force de ses contractions.

5.e *Expérience.* — Deux lapins ayant été tués par un coup porté sur la tête, on mit leur cœur à découvert; les mouvemens de cet organe étaient faibles, et les cavités droites étaient engorgées. La sortie du sang par la veine jugulaire externe fut suivie d'une augmentation marquée dans le nombre et la force de ses battemens, qui durèrent pendant un temps considérable.

6.e *Expérience.* — Désirant savoir quelle est, sur le renouvellement ou l'augmentation des battemens du cœur, dans ces cas, l'influence de la respiration artificielle qui favorise le passage du sang à travers les poumons, je renouvelai ces expériences au nombre de six, sur des lapins, et j'obtins des résultats plus satisfaisans. Toutefois nous avons pu nous assurer que, bien que dans les cas d'asphyxie, l'insufflation de l'air dans les poumons suffise pour renouveler la circulation à travers les poumons, si on la pratique quand les battemens du cœur ont encore une certaine énergie; cependant si ces battemens sont moins énergiques, ils peuvent être favorisés par le dégorgement des cavités droites.

Depuis long-temps on emploie la saignée de la jugulaire externe dans tous les cas d'asphyxie; on a pour but de faire cesser la congestion cérébrale, mais comme les dissections ont démontré que cette congestion n'existe pas, cette saignée n'agit point dans ce sens; son principal effet consiste à renouveler l'action du cœur. La meilleure manière de remplir cette indication, consiste à ouvrir

la veine jugulaire, et à favoriser autant que possible, mais en ayant soin que l'air ne s'introduise point dans la veine, l'écoulement du sang par le bout inférieur, et seulement par ce bout inférieur, afin d'éviter une trop grande perte de sang. En exerçant la compression sur le bord inférieur de la veine, comme on le fait habituellement, on empêche le dégorgement des cavités droites du cœur, et l'on perd le fruit de l'opération. Exécutée habilement, cette opération doit être, dans beaucoup de cas, un auxiliaire précieux de la respiration artificielle, des frictions avec des flanelles chaudes, et des autres moyens que l'on emploie pour faire cesser l'asphyxie.

L'auteur fait l'application des expériences précédentes aux cas de commotion, et s'appuie en outre sur les expériences de Haller. (*The Edinb. med. and surg. Journ.*, avril 1836).

Écoulement séreux ayant son siége dans les cheveux d'une portion de la tête; *par Isaac Bracken*. — Le 7 juin 1834, dans la soirée, je fus appelé auprès d'Ellen Dalton, âgée de dix-sept ans, de constitution délicate. Elle était couchée sur son lit, la tête appuyée sur sa main, les cheveux de la portion du cuir chevelu qui couvre l'os frontal étaient mouillés, et formaient vingt ou trente mèches, à l'extrémité de chacune desquelles pendait une goutte d'eau. Le reste des cheveux était parfaitement sec. On voyait sur le plancher environ dix onces de liquide qui, disait-on, s'était écoulé de sa tête. Quelques mois avant ma visite elle avait été exposée à une grande humidité; peu de temps après elle fut prise d'un frisson auquel succéda une abondante transpiration qui, depuis cette époque, se renouvelle de temps en temps. Pendant les quatre ou cinq jours précédens, elle a été sujette à un écoulement abondant de sérosité qui provient des cheveux de la partie antérieure de la tête et qui dure chaque fois de dix à quinze minutes; elle en est avertie à l'avance par une sensation particulière. Du reste, sa peau semble naturelle; le pouls donne quatre-vingts pulsations, la langue est nette, la soif est nulle, les selles sont normales, la quantité de l'urine n'est point diminuée, la malade est bien réglée.

Le 10, je revis la malade; le liquide qui s'était écoulé depuis ma dernière visite avait été reçu dans un bassin qui en était presque rempli; il était de couleur jaune-paille, sans aucune odeur particulière. Les écoulemens étaient devenus plus fréquens de quatre à six heures du matin. Du reste, même état que la veille. Je prescrivis un purgatif énergique composé avec le calomel et la rhubarbe.

Le 11, je fus témoin de l'écoulement; les gouttes d'eau se succédaient rapidement et tombaient d'une trentaine de mèches, aussi vite que les gouttes qui tombent des gouttières pendant la pluie. Au bout de onze minutes, l'écoulement cessa. La quantité de sérosité fut égale à celle de la veille; la malade n'était pas plus faible. Je prescrivis deux pilules où entraient six grains de sulfate de quinine, à prendre le matin et au milieu du jour.

Les choses restèrent donc dans le même état jusqu'au 20, où je fis élever la dose de sulfate de quinine à huit grains, trois fois par jour. Je prescrivis en outre des lotions avec un mélange d'eau et d'acide sulfurique à la dose de huit gouttes par verre. Le liquide, traité par le ferro-prussiate de potasse, par l'acide muriatique, par le sublimé corrosif et par la chaleur, ne donna aucune trace d'albumine; son goût était légèrement salé. Jusqu'au 3 juillet, la malade avait été mieux; la quantité de liquide avait diminué graduellement jusqu'à la quantité d'une pinte; le pouls était tombé à 70; mais ce jour je trouvai deux grands bassins pleins de liquide. La malade se plaignit de faiblesse pour la première fois; le pouls était à 80 et faible. Le 11, l'écoulement ne fournit que la moitié d'un bassin, la malade était plus forte. Jusqu'au 2 août, l'écoulement diminua de jour en jour. Le 13, il avait cessé, et la jeune personne continua à se bien porter jusqu'au 17, faisant toujours usage des mêmes médicamens et prenant de temps en temps un purgatif. Le 17, telle était l'irritabilité de son estomac qu'elle ne pouvait rien y garder. Je lui prescrivis une abstinence absolue pendant dix heures, lui permettant de prendre ensuite un peu de thé vert et une rôtie. Le 18, l'estomac était remis; il n'y avait plus que quelques nausées. Le 24, on cessa tout traitement.

Le 3 septembre, on m'appela de nouveau; l'écoulement s'était reproduit. Je remarquai avec étonnement qu'il provenait cette fois de la partie postérieure; mais il était moins abondant. Le pouls était à 80. Je prescrivis de nouveau le sulfate de quinine et les lotions avec l'acide sulfurique étendu. Le 8, l'écoulement cessa entièrement pour ne plus reparaître. Il n'y eut aucun trouble constitutionnel appréciable pendant la durée de cette singulière affection (*Dublin Journ.*, n° 27).

ETAT GRAISSEUX DU CŒUR; HUILE A L'ÉTAT LIBRE DANS LE SANG; RUPTURE DU VENTRICULE GAUCHE DANS UN CAS; *par R. W. Smith.* — OBS. I.re — Marguerite Newman, âgée de 90 ans, mourut subitement, ne s'étant plainte avant sa mort que de faiblesse et des infirmités inséparables de sa vieillesse.

Autopsie cadavérique 12 *heures après la mort.* — La peau qui recouvre les bras, les cuisses et la poitrine, présentait de larges ecchymoses; dans toutes les parties du corps, mais surtout dans les régions où la peau était ecchymosée, le tissu cellulaire sous-cutané présentait de la crépitation. Ce même tissu cellulaire était chargé d'une matière adipeuse, pâle, aqueuse et d'une mollesse morbide. Le tissu cellulaire du médiastin était infiltré d'air; le péricarde était distendu, autant que possible, par du sang en partie liquide, en partie coagulé. Le cœur, recouvert d'une couche épaisse de graisse, particulièrement à sa partie postérieure, était mou, pâle et flasque, des bulles d'air existaient sous la membrane séreuse qui le recouvre, et étaient situées pour la plupart sur le trajet des veines coronaires. Près du centre de la partie antérieure du ventricule gauche, il y avait une petite déchirure ayant à-peu-près un quart de pouce de longueur; la substance de ce ventricule était ramollie et se déchirait facilement avec le doigt; elle était d'un jaune pâle, comme si elle eût été infiltrée de pus; le scalpel était graissé en divisant le tissu musculaire du cœur, et l'on voyait de nombreux globules d'huile flottant à la surface du sang qui s'était échappé des vaisseaux divisés. Les viscères abdominaux présentaient un aspect remarquable. Une grande quantité d'air était répandue au-dessous de l'enveloppe séreuse de l'estomac, du foie, de la rate et des reins. Le foie était transformé en une pulpe demi-liquide, de telle sorte qu'un courant d'eau versé d'une hauteur modérée, emportait le parenchyme, laissant seul le tissu vasculaire. Des gaz et de l'huile étaient répandus dans ce tissu désorganisé; la rate et les reins étaient dans un état analogue à celui du foie: tous ces viscères, ainsi que l'estomac et le cœur, flottaient à la surface de l'eau. Quand on sépara le foie du corps, au moment où l'on divisa la veine cave, il s'en écoula près d'une cuiller à bouche d'huile limpide, parfaitement transparente, dont la sortie précéda celle du sang qui était renfermé dans la veine. On recueillit environ une demi-once d'huile provenant des divers organes, mais il eût été facile d'en recueillir le double. Plusieurs des gros troncs artériels étaient ossifiés; le cerveau ne présentait aucune trace morbide.

Obs. II.ᵉ — Une femme âgée de 70 ans, entra en janvier 1836, à l'hôpital de Richmond; on l'avait trouvée dans la rue, exposée au froid et à l'humidité, et elle mourut environ une heure apres son admission.

Autopsie cadavérique 18 *heures après la mort.* — Une quantité considérable de sérosité occupait la cavité des plèvres de chaque

côté ; le cœur était d'une mollesse , d'une pâleur et d'une flaccidité remarquables ; son tissu se déchirait avec la plus grande facilité ; il était recouvert d'une couche de graisse , épaisse d'un quart de pouce ; les parois des ventricules étaient minces. A la surface du sang on voyait une grande quantité d'huile limpide ; le sang lui-même était clair et n'offrait aucune tendance à la coagulation ; les vaisseaux du cerveau étaient gorgés de sang ; les viscères abdominaux étaient sains. (*Dublin Journ.* N.° 27).

Continuation de la Revue des Thèses soutenues à la Faculté de Médecine de Paris, dans l'année 1835. — Revue des Thèses des Facultés de Montpellier et de Strasbourg, de la même année (1).

Thèses de Paris.

De l'asphyxie lente chez les enfans nouveau-nés, etc. — Sous ce nom M. Valleix désigne la maladie connue sous les noms d'*endurcissement, induration, œdème du tissu cellulaire, sclérème*, etc. Nous regrettons de ne pouvoir donner que les conclusions principales de ce remarquable travail qui est le résultat de nombreuses observations et de l'analyse rigoureuse des faits publiés jusqu'à ces derniers temps. La maladie désignée sous les noms précédens est une véritable asphyxie lente, semblable, par ses causes, ses symptômes et ses caractères anatomiques, à l'asphyxie des nouveau-nés, connue par les accoucheurs sous le nom d'état apoplectique. Loin d'être une affection spéciale, elle a les plus grands rapports avec l'anasarque passive des adultes. Il faut la distinguer soigneusement de l'endurcissement appelé *adipeux*, qui paraît n'être autre chose qu'un phénomène cadavérique, ou au moins un phénomène d'agonie. Il faut bien la distinguer aussi d'une inflammation de toutes les parties molles jusqu'à l'os, qui n'est pas très-rare chez les nou-

(1) Nous n'avons pu donner à l'analyse de ces Thèses, particulièrement à celle de quelques-unes d'entr'elles, toute l'étendue que leur importance aurait méritée. Maintenant que nous avons comblé l'arriéré de 1835, nous pourrons plus facilement donner à cette importante Revue des proportions moins resserrées. — Le nombre considérable des Thèses soutenues à l'Ecole de Paris, comparé à celui des deux autres Facultés, fournit la raison du petit nombre de ces dernières dont nous ferons mention.

veau-nés, et qui, se montrant ordinairement à la face, quelquefois ailleurs, a été mal à propos confondue avec l'érysipèle. La cause de l'endurcissement est une gène quelconque de la circulation. Le traitement doit consister principalement en évacuations sanguines abondantes et répétées. M. Valleix a été conduit à cette conclusion par la vue de la quantité énorme de sang contenu dans les organes malades. Il rappelle que Paletta, qui n'avait vu que la congestion du foie et employait le même moyen, a guéri 42 malades sur 43. (F.-L.-J. Valleix. Th. n.° 1.)

De l'hémorrhagie tocique; par P. Cazeaux. — Parmi les faits intéressans que présente cette thèse, résumé bien fait des connaissances actuelles sur cette maladie, nous citerons les deux suivans. Le premier appartient à M. Cazeaux. Une femme accoucha au septième mois de sa grossesse. Depuis quatre mois elle était affectée d'une métrorrhagie qu'on avait attribuée à une implantation du placenta près du col. Quelques instans après l'accouchement, le cordon fut expulsé avec les membranes du fœtus; le placenta ne sortit que quelque temps après; la face utérine était à l'état normal; la face fœtale au contraire présentait des déchiremens et des débris de vaisseaux répondant aux extrémités de ceux qui tenaient aux membranes expulsées auparavant. L'hémorrhagie avait donc eu lieu entre la face fœtale du placenta et la partie de la poche des eaux qui la recouvre. Dans un deuxième fait emprunté à une thèse soutenue en 1831 à Heidelberg par Denckiser, les vaisseaux ombilicaux se ramifiaient sur les membranes à une certaine distance du placenta, avant de venir s'y insérer. La rupture des membranes ayant eu lieu directement au niveau d'une de ces ramifications, avait été suivie de sa déchirure, d'une hémorrhagie externe, et de la mort par anémie du fœtus. (P. Cazeaux, Thèse, N.s 30.)

Imperforation de l'anus : *absence partielle du rectum, établissement d'un anus artificiel; succès.* — Le 16 août 1823, mon père fut appelé pour voir un enfant mâle, né le 15 à cinq heures du soir. Cet enfant, fort bien conformé sous tous les rapports, avait une imperforation de l'anus. A-peu-près à l'endroit où ce dernier doit s'ouvrir, on voyait un tubercule aplati, de la largeur d'une lentille, mais dont l'épaisseur était assez considérable pour empêcher de reconnaître le vide de la cavité intestinale, si toutefois elle y aboutissait. Cet opercule ne répondait pas exactement à la ligne médiane; il était incliné à gauche. Par les cris ou efforts que faisait l'enfant, il ne formait pas de saillie, comme cela arrive lorsqu'un liquide n'en est pas éloigné; seulement par l'auscul-

tation on entendit distinctement, à plusieurs reprises, un bruissement pareil à celui qu'un fluide produit lorsqu'il passe d'une cavité dans une autre. Ce singulier phénomène fit présumer, 1.° qu'il était possible que le rectum fût bien conformé, et qu'il ne se trouvait pas à une grande distance de la peau ; 2.° qu'il existait peut-être une communication entre le rectum et les voies urinaires. Pour s'assurer, autant que possible, de l'existence de cette dernière disposition, on examina les linges dans lesquels l'enfant avait uriné. La couleur n'indiquant rien, on resta dans cet état d'incertitude que l'autopsie seule peut faire disparaître. Cependant l'indication étant toujours la même, mon père essaya inutilement, par l'incision, la ponction, de rétablir la voie naturelle. Après avoir pénétré à plus d'un pouce dans la direction de l'intestin, il renonçà à ce moyen pour pratiquer un anus artificiel au ventre. Ce qui l'empêcha de pratiquer de suite l'opération de Littre, c'est que dans le cas où, comme cela est arrivé quelquefois, et comme le bruit perçu pouvait encore le faire présumer, le rectum eût communiqué avec les voies urinaires, il ne pouvait y avoir de meilleur moyen de faire cesser cette disposition vicieuse que le rétablissement de la voie naturelle. Une incision fut faite près de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, endroit où l'S du colon se trouve et se présente presque seule et très-facilement entre les lèvres de la plaie. Lorsque, après l'ouverture du péritoine, cette portion intestinale s'est élevée et a fait saillie, mon père l'a saisie, et par un fil l'a fixée à la plaie, puis ensuite l'a incisée suivant sa longueur. Le méconium est sorti, et l'enfant a été soulagé. Les jours suivans le mieux a continué. Le huitième jour après l'opération, on a enlevé le fil, et l'on a abandonné l'enfant aux soins de la mère. Cet enfant a vécu jusqu'au 20 octobre 1825, c'est-à-dire, près de 27 mois : pendant tout ce temps il s'est bien porté, a joui de la vie comme le font tous les enfans de cet âge, et finalement est mort d'une cause étrangère à son infirmité. — *Autopsie.* Dimensions du sujet, deux pieds deux pouces. Poids ordinaire à cet âge. A l'anus artificiel, un renversement de l'intestin de trois pouces de long. Le péritoine n'était pas adhérent à l'intestin, ce qui rendait le renversement susceptible de réduction facile. Tous les viscères sains. La portion amenée au-dehors pour former l'anus était bien le commencement de l'S du colon. Le rectum représentait un entonnoir alongé, dont la grosse extrémité était en haut, la petite en bas. Cette dernière, dont la fin pouvait recevoir un petit stylet, était un cul-de-sac

sans ouverture, qui venait se fixer à la partie postérieure latérale gauche de la vessie, de manière à former corps avec cet organe. Entre cette extrémité et le lieu où l'anus aurait dû s'ouvrir, il y avait deux pouces de distance. Le plancher, formé par du tissu cellulaire et musculaire, était épais, complet; il eût rendu toute opération inutile pour le rétablissement de la voie naturelle Dans quelques points les intestios grêles étaient rouges, enflammés. La dissertation de M. Miriel renferme cinq autres observations analogues. Deux appartiennent encore à son père, et un succès complet a couronné ces deux opérations pratiquées l'une en 1816 et l'autre en 1822. Deux autres sont dues à son grand-père Duret, et datent de 1793 et de 1809. Tout le monde connaît le résultat favorable de la première; dans la seconde, l'enfant vécut six jours, et paraît, d'après l'autopsie, avoir succombé par suite d'une alimentation insuffisante. La cinquième enfin, due à M. Bizet, remonte à 1830. L'enfant venait très-bien, lorsqu'un mois après il succomba à une indigestion causée par l'imprudence des parens. (J. P. Miriel, *des Vices congénitaux du rectum*, Thèse, N.° 82).

Dilatation partielle du ventricule gauche du cœur. — M. Chassinat ayant eu occasion de recueillir en 1834, dans le service de M. Rostan, une observation de dilatation partielle du ventricule gauche du cœur, a rassemblé dans sa dissertation inaugurale (1835, N.° 319) tous les faits analogues que possède la science. Son travail est un résumé fort bien fait de nos connaissances sur ce point. Il résulte du rapprochement des seize observations connues jusqu'à ce jour, que cette dilatation a été observée beaucoup plus souvent au sommet qu'à tout autre point du ventricule; que dans aucun cas on ne peut prouver que cette dilatation soit le résultat d'une ulcération ou d'une rupture, sans altération préalable de la membrane interne et des fibres les plus intérieures du plan musculaire; que la plupart des faits observés offrant des traces évidentes d'inflammation chronique du ventricule, on est autorisé à penser que cette dilatation a lieu dans la très-grande majorité des cas, pour ne pas dire toujours, sous l'influence du ramollissement inflammatoire local de la membrane interne et des fibres charnues du ventricule, etc., etc.

Du Croup. — La thèse de M. Hache (N.°), est l'histoire numérique de huit cas de croup recueillis en 1835, à l'hôpital des Enfans-Malades. Ce travail est peu susceptible d'analyse. Nous noterons un signe de croup déjà constaté par M. Gendron: la prolongation du mouvement expiratoire. Dans l'état sain, l'expiration

est plus courte que l'inspiration ; dans le croup, ces deux mouve mens sont à-peu-près égaux. M. Hache confirme, par ses observations, les opinions des auteurs sur l'inefficacité du traitement évacuant, antiphlogistique et révulsif. La trachéotomie pratiquée dans quatre cas n'a pas eu de succès définitif, mais dans tous ces cas elle a amené une amélioration, prolongé la vie, et deux des sujets n'ont succombé qu'à des maladies intercurrentes.

Péricardite. — *Coïncidence de l'endocardite avec l'inflammation du péricarde.* — Après avoir rapporté dix observations détaillées de péricardite, dont trois terminées par la mort, l'auteur de cette dissertation, élève de M. Bouillaud, esquisse l'histoire générale de la péricardite aiguë. Arrivant à l'étude des complications de cette affection, il rapporte plusieurs expériences faites par lui, dans le but de s'assurer de la coexistence d'une endocardite. De ces expériences pratiquées sur des lapins, soit en injectant diverses substances irritantes dans le péricarde, soit en irritant mécaniquement cette membrane, il résulte que, lorsque la péricardite est intense, elle ne marche jamais sans que l'inflammation se propage dans la membrane interne des cavités du cœur, et plus spécialement dans la portion réfléchie qui constitue les valvules. A peine douze heures s'étaient-elles écoulées depuis l'injection, que déjà les valvules étaient rouges ; déjà le bord libre de celles qui forment l'orifice auriculo-ventriculaire, présentaient quelques corps vésiculeux rougeâtres. Ces saillies globuleuses examinées à une autre époque perdaient de leur transparence, et finissaient par prendre une teinte d'un ronge mat. Plus tard leur densité devenait plus grande ; enfin, elles passaient à une induration. L'auteur fait remarquer la tendance qu'a le sang à se coaguler et à s'organiser dans ces inflammations. Une seule fois aussi il y eut des fausses membranes à l'intérieur de cet organe. M. Desclaux se livre enfin à l'appréciation des symptômes de la péricardite, d'après les faits qu'il a rapportés ; nous ne pouvons le suivre dans cette analyse, détaillée à la vérité, mais non toujours assez rigoureuse. (*Essai sur la péricardite aiguë* ; N. Th. Desclaux, Thèse ; Paris, 1835, N.° 137).

De l'œdème des membres inférieurs chez les femmes affectées de cancer de l'utérus. — Voici les conclusions que l'auteur tire de sept observations détaillées qui forment la première partie de son travail. 1.° L'œdème des membres inférieurs chez les femmes affectées de cancer de l'utérus, est occasionné le plus souvent par l'oblitération des veines. 2.° Cette oblitération est l'effet

d'une phlébite, comme l'attestent les symptômes et les lésions anatomiques. (*Symptômes :* douleurs dans les espaces inguinaux et poplités, aux environs des malléoles externes; saphènes tendues à la manière de cordes, sous la peau qui les recouvre; et si les doigts ne peuvent les sentir, leur trajet est indiqué par de la douleur à la pression, etc.) (*Lésions anatomiques :* veines du membre inférieur oblitérées par des caillots adhérens ; les parois de ces vaisseaux fortement épaissies et opaques dans leur calibre diminué de volume. Les veines superficielles suppléent quelquefois les veines profondes). Cette phlébite doit quelquefois être produite par l'extension de l'inflammation par continuité de tissu ; mais dans un grand nombre de cas on aura besoin, pour expliquer son développement, de recourir à l'influence de la cachexie cancéreuse. (J. Ch. J. Olivieri, Th. 120).

Asthme nerveux ; traitement par le datura stramonium. — Dans sa thèse (Paris, 1835, N.° 166), M. Légal, apres avoir tracé l'historique de l'emploi du *datura stramonium*, rapporte six observations d'asthmes nerveux guéris ou suspendus par l'emploi de ce médicameut qui s'administre de la maniere suivante : on fait mêler les feuilles de *datura* à parties égales de feuilles de sauge : on fume avec une pipe ou avec une petite cigarette en papier. La dose des feuilles sèches de *datura* est, pour chaque pipe, de quinze à vingt grains; on en fume une ou plusieurs par jour, suivant le besoin. Pour les hommes qui font un usage habituel du tabac, on mêle le *datura* au tabac lui-même.

Chez deux malades, nous avons nous-même obtenu un pareil succès, c'est-à-dire, qu'une ou deux pipes de *datura* fumées au commencement des accès, ont toujours arrêté leur marche ; de plus, nous sommes parvenu à en éloigner le retour par l'emploi journalier de ce moyen, auquel les malades s'habituent facilement, de manière à ne bientôt plus éprouver ces vertiges et cette stupeur que l'on remarque dans le commencement de son usage. Nous ajouterons que chez un de ces malades nous sommes également parvenu à arrêter les accès, au moyen de la codéine donnée une ou plusieurs fois à demi-heure d'intervalle, à la dose d'un quart de grain chaque fois. Nous engageons nos confrères à répéter en pareil cas l'essai de ce médicament, qui nous réussit parfaitement dans la toux des phthisiques et la coqueluche.

Sur l'emploi de l'opium dans le traitement des maladies vénériennes. — L'auteur rassemble un assez grand nombre de faits épars dans diverses publications, et joignant à ces faits six

observations recueillies par lui, croit pouvoir tirer de son travail cette conclusion : Que l'emploi de l'opium n'est jamais suivi d'accidens graves ; qu'il éteint aussitôt les douleurs quand elles existent ; que son effet est aussi prompt que celui des caustiques le plus souvent employés ; qu'il ne laisse pas de cicatrice ; que l'extrait gommeux d'opium paraît seul jouir de ces propriétés avantageuses. (P. C. Bouchon, Th. N.° 41.)

Thèses de Montpellier.

Abcès du cerveau et du cervelet : *douleurs dans le bras gauche à la suite d'une amputation dans le bras droit ; attaques épileptiformes ; hémiplégie du côté droit ; paralysie incomplète à gauche ; un abcès dans chaque hémisphère du cerveau et dans l'hémisphère cérébelleux droit.* — Un pêcheur âgé de 35 ans, se fractura le cubitus dans une chute sur la paume de la main, au commencement de janvier 1835. Un appareil fut appliqué et serré fortement. Il le garda plusieurs jours, et pendant ce temps fit des excès de débauche. A son entrée à l'hôpital Saint-Eloi, l'avant-bras droit est sphacélé. L'amputation du bras est pratiquée le 15 janvier. Pendant plusieurs jours, aucun accident. Le 19, accès fébrile le moignon est douloureux. (45 sangsues ; section des points de suture). La fièvre revient chaque jour d'une manière périodique. (Sulfate de quinine). Bientôt passé à l'état continu, l'épigastre devient douloureux, soif, langue rouge. Le 29, douleurs vives dans le bras gauche ; on les croit de nature rhumatismale. Le 4 février des accès épileptiformes éclatent ; ils se répètent plusieurs fois dans la journée, et sont toujours accompagnés de cris, de mouvemens violens, et une fois seulement d'écume à la bouche. A cet état d'exaltation succède, les jours suivans, un affaissement général ; la figure du malade est marquée d'un air particulier d'hébétude et de stupidité ; le coma dans lequel il est plongé n'est interrompu que de temps en temps par des cris. Le 7 février, insensibilité de la partie droite de la face, hémiplégie à droite ; diminution très-notable de la sensibilité et de la myotilité des membres gauches. Le 11, mort à huit heures du soir. — *Autopsie.* On trouve dans l'hémisphère droit du cerveau un foyer du volume d'une aveline qui contient un pus de consistance presque tuberculeuse, et autour duquel un kyste commençait à s'organiser. Un second foyer de deux pouces à deux pouces et demi de diamètre est situé dans l'hémisphère gauche ; il renferme un pus plus liquide et est tapissé par une membrane d'un aspect velouté. Il

existe aussi un abcès à la base de l'hémisphère droit du cervelet. Les veines du moignon ont leurs parois épaissies; leur membrane interne n'est pas injectée ; elles ne contiennent pas de pus. (*Observations de pathologie et de thérapeutique*, par B. A. Martin. Th. Montp., N.° 93).

Cette thèse renferme encore quelques cas intéressans de lésions traumatiques contre lesquelles le tartre stibié à haute dose a été employé avec succès.

Abcès derrière le pharynx. — Un soldat se plaignait depuis quelque temps d'un violent mal de gorge ; le pharynx, les amygdales et le voile du palais étaient injectés; l'aspect un peu terne de la muqueuse fit croire à l'existence d'une syphilis. Sous l'influence d'une saignée et de vingt sangsues, les douleurs s'amendèrent, et on put prescrire les pilules de Sédillot, mais bientôt survinrent de nouveaux symptômes ; déglutition impossible, respiration gênée, face rouge, etc. On scarifia l'épiglotte qui était tuméfiée. Néanmoins la gêne de la respiration augmentait de plus en plus, lorsqu'une tumeur molle et fluctuante s'étant montrée à la partie antérieure du cou, on en fit l'ouverture. Il en sortit beaucoup de pus ; le malade fut soulagé : néanmoins il succomba quelques jours après, conservant une grande gêne de la déglutition. A l'autopsie, après avoir incisé la partie latérale du cou jusqu'au sternum, on mit à nu la partie antérieure de la colonne vertébrale. Un abcès occupait les muscles droits antérieurs, et avait fusé jusqu'au thorax et envahi cette cavité. De plus, on pouvait facilement voir la route qu'il avait suivie pour se montrer à la partie antérieure du cou. Le pharynx présentait les traces d'une inflammation hypérémique. Le larynx et les autres organes étaient sains.

Cette observation, qui manque de quelques détails, est cependant remarquable par la route que s'est frayée le pus malgré les aponévroses du cou, tandis qu'il aurait pu se porter vers le pharynx. Nous l'extrayons d'une thèse assez bien faite intitulée: *Monographie des maladies du pharynx*, par J. S. F. Meandre-Dassit, Mont., N.° 78, où l'on trouve, entr'autres faits, deux observations de pharyngite chronique symptomatique de phthisie pulmonaire.

Plaie de poitrine; hernie du poumon. — Un ouvrier du génie reçut en duel le 9 décembre 1834, à dix heures du matin, un violent coup de sabre (*nouveau modèle, dit coupe-choux*), qui divisant les cartilages des côtes correspondant à la plaie, occasionna la sortie du bord antérieur du poumon gauche. Ce militaire perdit beaucoup de sang, et fut, une heure après l'accident, transporté à

l'hôpital de Metz, où M. Willaume, chirurgien en chef, procéda à l'examen de la blessure. Celle-ci s'étendait de la quatrième à la septième côte, par une division longitudinale et régulière qui permettait de voir le bord antérieur du poumon divisé lui-même et faisant saillie à travers la section des cartilages. Le sang coulait avec assez d'abondance. La réduction fut tentée et opérée, non sans de grands efforts pour écarter les cartilages divisés. Dans l'incertitude où l'on était de la division de la mammaire interne, on tamponna. Malgré cette précaution, il survint les signes d'une hémorrhagie, qui cependant ne tarda pas à diminuer. (Saignée; boissons froides acidulées). Le lendemain, enlèvement de l'appareil; réunion de la plaie par deux points de suture enchevillée. On emploie de la limonade gazeuse contre des vomissemens fréquens que les autres boissons causaient au malade. On employa les jours suivans le traitement antiphlogistique le plus actif; saignées répétées, sangsues, ventouses, vésicatoire, etc., contre les points pleurétiques qui se manifestaient. Le 15, à l'enlèvement de l'appareil, on ne trouve encore point de réunion, et onze jours après l'accident le malade succombe à l'inflammation, malgré le secours de l'art.

Autopsie. — Odeur fétide de la poitrine qui existait depuis trois jours avant la mort, à un haut degré. Point d'épanchement dans la poitrine; l'artère mammaire est intacte. Poumon hépatisé dans toute son étendue et gorgé de sang, de volume normal; pleurésie; commencement de péricardite.

Comparant ce fait avec les autres observations analogues rapportées par Tulpius, Ruysch, Roland, Fabrice de Hilden, etc., M. Bert conclut qu'il est plus avantageux de laisser la portion de poumon en dehors, ou d'en faire la ligature. Le poumon d'ailleurs fait l'office d'un tampon qui préviendrait l'hémorrhagie, supposé que les artères intercostales ou la mammaire interne fussent divisées. (*Consid. sur les plaies pénétrantes de la poitrine avec hernie du poumon*; M. G. F. Bert, Th. Mont. N.° 91).

Maladies du cœur : *Obs. de cardite générale.* — Une femme âgée de 53 ans, entra à l'Hôtel-Dieu de Nismes, le 16 mai 1834; elle se disait malade depuis huit jours, et se plaignait d'une douleur vive au-dessous du sein droit. Face pâle, colorée seulement aux pommettes; anxiété, dyspnée. Elle attribuait une partie de son malaise aux secousses d'une voiture. Toux fréquente; crachats rougeâtres, non aérés. La poitrine auscultée offre l'état suivant: respiration normale à gauche; à droite, respiration obscure en avant et en haut, nulle en arrière; impulsion du cœur très-faible.

(Saignée de huit onces ; looch ; tisane d'orge). Le lendemain , à-peu-près même état ; pouls faible. (12 sangsues , *loco dolenti*). Le soir , plus d'agitation ; pouls irrégulier ; respiration pénible. (Tartre stibié, gr. VI , dans sirop diacode ℥ j , et eau de laitue ℥ IV ; pas de vomissemens , selles abondantes; pas d'amélioration. La langue devient rouge et sèche ; les battemens du cœur se réduisent à un léger bruissement. (Vésicatoire ; sinapismes aux bras.) Mort à une heure après minuit. — *Nécropsie 24 heures après la mort. — Thorax.* Poumon gauche sain ; poumon droit crépitant dans quelques points ; infiltration purulente de son lobe inférieur ; hépatisation rouge et ramollissement de la partie postérieure des autres lobules. La plèvre contient une pinte de sérosité mêlée de pus ; elle est recouverte d'une pseudo-membrane très-épaisse. Cœur deux fois plus volumineux que le poing du sujet. La substance musculaire est très-ramollie , elle se laisse déchirer avec facilité ; sa couleur est d'un rouge très-marqué; son injection sanguine considérable. La tunique séreuse externe est enflammée et couverte d'une exsudation pseudo-membraneuse. Plusieurs onces de sérosité dans le péricarde. La tunique interne est fortement colorée en rouge, ainsi que la membrane de l'aorte. Muqueuse gastrique injectée. (*Fragmens pour servir à l'histoire des altérations organiques du cœur ;* F. Bouisson. Thèse. Montp. , N.° 48).

Ce travail a été tiré à part : les faits qu'il renferme viennent confirmer les résultats auxquels sont arrivés , dans ces derniers temps , les médecins qui se sont occupés des affections du cœur. Contrairement à l'opinion de M. Cruveilhier , M. Bouisson admet l'hypertrophie concentrique dont il rapporte un exemple bien caractérisé. Nous avons remarqué une observation d'adhérence du péricarde au cœur , avec hypertrophie et dilatation égale des quatre cavités de ce viscère , et par conséquent un fait de plus à ajouter à ceux qui ont fait le sujet du Mémoire de M. Beau (*Arch.*, avril 1836). M. Bouisson rapporte aussi un cas de tubercule du cœur et un de cancer de l'oreillette.

Des ligatures circulaires dans le traitement des fièvres intermittentes. — L'auteur rapporte cinq observations d'affection intermittente dont les accès ont été interrompus dans leur marche par l'emploi de ligatures circulaires placées sur les quatre membres. La deuxième de ces observations est remarquable par l'insuccès antérieur du sulfate de quinine ; enfin dans la dernière il s'agit d'une céphalalgie quotidienne. (R. Boyer, *Des ligatures circulaires dans le traitement de quelques maladies*, N.° 45).

Coup-d'œil sur la paralysie, suivi de quelques observations et réflexions; *par J. Dejob*. N.° 46). On trouvera dans cette thèse plusieurs observations bien faites d'affections du nerf facial, du cerveau ou de la moelle, mais qui, dépourvues des détails dont elles sont entourées, et que nous ne pouvons rapporter ici, perdraient la plus grande partie de leur intérêt.

Hépatite chronique ou obstructions du foie, observée dans l'Inde. — Cette dissertation, utile à consulter, renferme un assez grand nombre de faits. Mais ces faits, souvent incomplets, sont loin de prouver en faveur de la doctrine physiologique, contre la thérapeutique anglaise des affections du foie. L'auteur est tout surpris des succès obtenus par l'emploi des purgatifs et des mercuriaux à l'intérieur et en frictions, qu'il appelle un véritable *quitte ou double*, et contre lesquels néanmoins il n'articule guères que quelques vagues accusations. Il rapporte à la fin de sa thèse une observation dont lui-même a été le sujet, d'un abcès du foie ouvert dans l'intestin. (J B. Dalmas, N.° 47).

Fractures dans la région trochantérienne. — Depuis la publication du travail de M. Chassaignac, il reste peu de chose à faire sur l'anatomie pathologique des fractures du col du fémur. Pour cette raison, nous ne donnerons pas une analyse de la thèse de M. Jezierski, qui, ayant fait son travail sans avoir connaissance de celui que nous venons de citer, et à-peu-près à la même époque, a néanmoins rapporté et analysé avec soin plusieurs observations importantes. Nous citerons donc seulement cette dissertation comme ayant un mérite peu commun, et comme pouvant être consultée avec fruit. (*Essai sur les fractures du fémur dans la région trochantérienne*; J. C. Jeziersky. Th. Montp. N.° 62).

Taille hypogastrique. *Nouveau procédé.* — Après un parallèle où sont appréciés, sans idées préconçues, les avantages et les inconvéniens réciproques des tailles hypogastrique et périnéale, M. Franc arrive à cette conclusion, que la première de ces opérations l'emporterait presque en tous points sur la seconde, si la péritonite, accident si commun de la taille sus-pubienne, ne venait contrebalancer presque tous ces avantages.

D'un autre côté, dans certains cas on ne peut avoir recours qu'à cette dernière méthode; M. Franc s'est donc occupé de trouver un autre procédé qui mette le péritoine à l'abri et des déchirures et de l'irritation causée par les manœuvres de l'opérateur. Voici le résumé des modifications qu'il propose: la vessie étant distendue par une injection, il introduit dans cet organe une sonde

creuse qui contient un mandrin divisé, à son extrémité vésicale, en trois branches élastiques qui, réunies au bout de la sonde, forment une olive irrégulière, et qui peuvent s'écarter alors qu'on pousse le mandrin. Un aide abaisse le pavillon de cette sonde de manière à la faire saillir en arrière de la symphyse pubienne. L'opérateur fait alors avec un bistouri convexe, en arrière de la symphyse, une incision transversale de trois pouces, qui intéresse la peau, le tissu cellulaire, les aponévroses des muscles larges et les pyramidaux. Reste à faire la section des muscles droits. Avec la pointe d'une sonde cannelée on détruit la ligne celluleuse qui réunit ces muscles inférieurement, et l'on fait passer la sonde sous le tendon de chacun de ces organes qu'on divise, en en laissant toutefois le quart interne. Cette section pratiquée, le chirurgien écarte le tissu cellulo-adipeux post-pubien, fait saillir la sonde conductrice, en abaissant son pavillon, puis fait sortir les trois branches du mandrin logé dans cette sonde, de manière à faire saillir et à tendre la partie antérieure et supérieure de la vessie. L'incision de la vessie est faite à l'aide d'un lithotome qui diffère de celui de frère Côme par la présence d'un trois-quarts à son extrémité; un glissoir est fixé sur la tige de cet instrument pour mesurer la portion qui doit entrer dans la vessie. Il est alors plongé verticalement dans la cavité de cet organe, jusqu'au point d'arrêt formé par le glissoir. Le chirurgien presse ensuite sur le ressort à bascule pour faire sortir la lame de la tige et inciser la vessie en sortant comme dans la taille périnéale, en en dirigeant l'incision transversalement de façon à ce qu'elle soit parallèle à celle des parois de l'abdomen. Le reste de l'opération, comme dans les autres procédés. M. Franc décrit ensuite un syphon destiné à maintenir la vessie à sec après cette opération, et donne un dessin de cet instrument extrêmement ingénieux, dont la description nous entraînerait trop loin.

Nous terminerons en rapportant, en quelques mots, une observation intéressante *d'hémorrhagie mortelle* à la suite de la taille périnéale.

La section du périnée et de la vessie fut faite très-rapidement par M. Lallemand; le calcul chargé et extrait presqu'en un clin-d'œil. Deux ou trois heures après, douleur profonde dans le bassin, épreintes dans la vessie; du sang noir coule par la plaie avec assez d'abondance. Réfrigérans, puis tamponnement, le tout sans succès. Mort cinq jours après l'opération. — Le col de la vessie était entouré de *veines variqueuses* qui avaient fourni le sang.

dont la plus grande quantité s'était figée en caillots dans le bas-fonds de cet organe. Ces varices coïncidaient avec des hémorrhoïdes internes et externes, ce qui prouve, dit M. Fraue, le danger qu'il y a à tailler des vieillards hémorrhoïdaires par la lithotomie périnéale. (*Nouvelle méthode d'extraire la pierre par dessus les pubis, et examen des questions les plus importantes concernant les tailles sus et sous-pubiennes*; par J. M. Franc. Montp. 1835, N.° 90).

Prostatite aigue et chronique. — Nous n'analyserons pas cette thèse, bien qu'elle renferme des préceptes importans, et que la thérapeutique de M. Lallemand qui y est formulée, diffère, à beaucoup d'égards, de celle qui est généralement suivie dans les affections chroniques de l'urètre et de la prostate. L'auteur se proposant de consigner les faits qui ont servi de base à sa dissertation, dans une autre publication qui lui a été confiée par le professeur que nous venons de citer (*Leçons orales*), nous aurons alors l'occasion d'y revenir. (J. E. Verdier, Th. Montp. N.° 116).

Thèses de Strasbourg.

Mélanose de l'œil. — Après avoir fait une histoire complète et pleine d'érudition de la mélanose simple ou compliquée, considérée en général, M. Rœderer fait l'histoire de celle de l'œil dont il décrit avec le même soin la marche et les caractères anatomiques dans toutes les parties de l'œil. Il n'insiste toutefois pas assez peut-être sur la coïncidence presque constante de la mélanose avec l'encéphaloïde, qui fait probablement toute la gravité de cette lésion. Sa thèse est terminée par trois observations dont voici l'analyse rapide:

Obs. I.re — Femme de 48 ans, douleurs de tête, abolition graduelle de la vue. Au bout de 18 mois, il parut vers l'angle interne et supérieur de l'œil, au-dessus de la caroncule lacrymale, un point rouge qui forma bientôt un champignon volumineux. Alors cessation des douleurs; mais le fongus s'accrut, se sépara de sa base, tomba, se reproduisit avec les mêmes caractères, et devint le siége de fréquentes hémorrhagies. Ce fongus noirâtre, à surface unie, recouvrait l'œil, dont la cornée était opaque et la sclérotique injectée, ainsi que la conjonctive des paupières. Elle fut opérée par M. Ehrmann vingt-huit mois après le début de l'affection. L'examen de la pièce excisée fit voir que la tumeur était en grande partie formée de matière encéphaloïde, en partie de matière mélanée. Les parties qui composent l'œil étaient diversement altérées; les humeurs avaient disparu; la tumeur avait fait issue hors de l'œil, à travers la sclérotique. La malade guérit. L'auteur a rassemblé treize

observations dans les auteurs, où l'opération ayant eu lieu a réussi six fois; mais on peut craindre que plusieurs de ces faits soient incomplets; car le sien, qui est un des plus concluans, puisqu'il n'y avait pas de récidive proprement dite au bout d'un an, doit néanmoins laisser dans le doute. En effet, à cette époque, la malade offrait vers l'angle externe de l'œil une petite tumeur noire, de la grosseur de deux têtes d'épingles, et qui avait un peu augmenté depuis qu'on l'avait vue pour la première fois.

Obs. II.e — Homme, 62 ans. La maladie a débuté par la partie inférieure de la chambre antérieure de l'œil qu'elle avait fini par remplir; plus tard il était survenu, à l'endroit où la conjonctive passe de la paupière inférieure sur le globe de l'œil, une petite tumeur noire lobulée qui n'augmenta pas beaucoup dans l'intervalle de deux ans. Le malade ne souffrant plus, et la marche de la maladie étant très lente, on n'a pas fait d'opération.

Obs. III.e — Femme, 52 ans. Obstacle à la vision; plus tard, vers le grand angle de l'œil, tache noirâtre qui augmenta peu à peu en volume. Un an après, extirpation de cette tumeur au niveau de la sclérotique, reproduction plus rapide de cette maladie, qui cependant en cinq ans ne fait pas de grands progrès.

Il est probable, dit l'auteur, que dans ces deux derniers cas la mélanose n'était pas compliquée d'encéphaloïde; ces deux observations sont en outre remarquables par la lenteur que l'affection a mise à détruire complètement la vision. Dans les trois observations de M. Rœderer, on voit aussi la mélanose s'ouvrir une issue à travers la sclérotique. Presque toutes les observations des auteurs, au contraire, nous la montrent perforant la cornée (*De la Mélanose en général, et de celle de l'œil en particulier*. J. Rœderer, 20 août 1835. Th. Strasbourg).

Phlegmasia alba dolens. *Essai sur la maladie connue sous les noms de phlegmasie blanche et douloureuse; par Ch. Gérhard. Th. Strasb.* 23 *mars* 1835. — Ce travail mérite d'être signalé sous le rapport des recherches qu'il renferme. Les travaux nombreux des auteurs allemands et anglais étaient à peu près inconnus aux médecins qui, dans nos traités classiques, s'étaient occupés de la phlegmasie blanche. En les mettant à profit, l'auteur aura donc rendu un vrai service à la science; mais, bien que sa thèse soit ce qu'il y a de plus complet sur la matière, que toutes les opinions y soient rapportées et discutées, le sujet est loin d'être encore éclairé. Nous ne pourrons certainement pas voir, avec M. Gérhard, une simple inflammation du tissu cellulaire dans cette affection, et nous

regarderons encore comme plus probables les opinions de Robert Lee, Davis et de M. Velpeau, qui admettent une phlébite, soit primitive, soit consécutive.

Phthisie pulmonaire.—Nous ne ferons qu'indiquer aux médecins qui s'occupent de la phthisie pulmonaire cette dissertation volumineuse sur l'étiologie de cette maladie. Ils y trouveront rassemblés les faits épars dans un grand nombre d'ouvrages, et quelques faits relatifs à la contagion, que l'auteur admet d'après ses observations (*Essai sur l'étiologie des tubercules pulmonaires*; par Chr. Staub. Th. Strasbourg. 9 mars 1835).

Procidence du cordon ombilical pendant l'accouchement. (115 pp., une planche). — Travail complet, rempli de détails pratiques, fait en partie sous la direction de M. Stolz, dont l'auteur rapporte les observations, ainsi que plusieurs autres qui lui ont été communiquées par M. Nægelé. L'espace qui nous est laissé ne nous permet pas une analyse détaillée de cette thèse que nous devions cependant indiquer aux accoucheurs (J.-Fr. Schuré. Strasb. 5 juin 1835).

Traitement de la syphilis sans mercure. — La thèse de M. Heisch est divisée en trois parties. Dans la première il tâche de prouver, en étudiant les auteurs d'après l'ordre chronologique, que l'usage du mercure n'a jamais été regardé comme absolument nécessaire. Dans la seconde, il fait la description abrégée des divers symptômes primitifs de la syphilis. Dans la troisième, il fait connaître les résultats du traitement adopté depuis 1830 par M. Keyser, à l'hôpital militaire de Strasbourg. Voici le résumé des faits contenus dans des tableaux étendus, basés sur l'observation de 426 malades : La durée moyenne du traitement est de 37, 9 jours pour les symptômes indistinctement. Pour les chancres de 32, 5 jours. Pour les chancres avec bubon d'un côté de 43, 15 jours. Pour les chancres avec bubons des deux côtés, de 49, 5 jours. Pour la blennorrhagie de 30, 7 jours. Pour la blennorrhagie avec orchite de 29, 6 jours. Pour les pustules de 27, 7 jours. Pour les végétations de 38 jours. Pour plusieurs symptômes réunis de 43, 5 jours. Pour les syphilides et les symptômes consécutifs de 75 jours.

Toutes ces maladies, sauf les cas rebelles et les syphilides où l'on a employé les sudorifiques, l'opium et les mercuriaux, ont été traitées par la diète et la méthode antiphlogistique. A peine y a-t-il eu un ou deux cas d'exostoses qui ont guéri facilement. Le nombre des récidives et celui des syphilis constitutionnelles est fort petit, ce dont on peut se convaincre à Strasbourg, les régimens d'artil-

lerie, en garnisoo dans cette ville, y faisant un séjour de cinq à six ans, et les médecins pouvant suivre fort long-temps les hommes guéris par eux (*Du traitement sans mercure des différentes affections des parties génitales, groupées sous le nom de symptômes primitifs.* Th. pp. 128. Str. 25 avril 1835. par Fr. A. Heisch).

Nous rapprocherons de ce travail la thèse de M. F. Renacki (Str. 3 août 1835) intitulée : *Dissertation sur quelques points de la syphiliographie.* L'auteur s'est attaché à relever quelques erreurs historiques. Partisan de la méthode simple, il n'est toutefois pas aussi exclusif que M. Heisch, des statistiques recueillies dans des hôpitaux d'Allemagne ayant modifié ses opinions à cet égard.

Académie royale de Médecine.

Séance du 26 juillet. — **Orthopédie.** — *Rapport de M. Cruveilhier sur le mémoire de M. J. Guérin, relatif aux déviations simulées de l'épine.* — M. Cruveilhier, au nom des deux commissions réunies, chargées de rendre compte du mémoire de M. J. Guérin sur les *déviations simulées de l'épine*, lit le nouveau rapport supplémentaire exigé par différentes pièces de correspondance relatives à ce travail, et doot l'Académie avait décidé le renvoi à la double commission.

M. Cruveilhier commence par analyser les pièces de cette correspondance. 1.° Dans une lettre datée du 14 juin 1836, M. Hossard demande si, dans le cas de courbure simulée de l'épine, cette courbure pourrait résister à la suspension par les bras, et aux tractions exercées en même temps sur les jambes, comme cela a eu lieu sur Jenny Guery; si cette courbure pourrait être maintenue daos toutes les inflexions imprimées au rachis, quel qu'en soit le sens, et être près de cinq mois à disparaître, quand, pendant tout ce temps, une très-grande force a été employée pour les combattre, comme l'ont constaté les commissaires, qui, à toute heure, et à l'improviste, ont pu s'assurer que l'appareil était en permanence. Un dessin représentant le tronc de Jenny Guéry est destiné en outre à démontrer que l'obliquité de la base du plâtre est déterminée par *l'inclinaison du tronc vers la droite, et nullement par une échancrure ou rognure de cette base.* 2.° M. Lachèze écrit à la même date (14 juin) à l'Académie, et exprime l'opinion qu'il y aurait danger à appliquer les assertions de M. Guérin à la totalité des déviations de l'épine, quoiqu'elles aient été spécifiées d'une ma-

nière très-scientifique, en ce que cette décision, prise par l'Académie, imposerait en quelque sorte une limite à toute discussion sur ce point, et nuirait nécessairement aux progrès de l'orthopédie. M. Lachèze admet deux espèces de courbures de l'épine ; les unes dues à une altération essentielle, primitive, de ses parties constituantes; les autres, résultat simple d'une action irrégulière des muscles, c'est-à-dire d'exercices vicieux ou de fausses positions; les premières entraînant l'élévation et l'écartement des côtes, le soulèvement de l'omoplate et de la hanche du côté de la convexité de la courbure, le tout joint à la torsion des vertèbres sur leur axe, ne peuvent être imitées. Quant aux secondes, M. Lachèze admet qu'une jeune personne souple peut les simuler à s'y méprendre, de même que certains artifices d'attitude peuvent complètement cacher des difformités réelles. 3.° M. Bouvier a adressé à la même époque trois lettres à l'Académie ; la Commission a cru devoir y adjoindre une quatrième lettre du 22 septembre; cette lettre était écrite à l'occasion de l'enquête sur les trois cas de déviation du rachis traités par M. Hossard ; elle était accompagnée de l'envoi de quatre moules en plâtre. Chaque pièce représente le même sujet dans deux états très-opposés. L'un des moules est l'image d'une déviation du rachis portée à un haut degré; l'autre diffère peu de l'état normal. Or, les deux sujets qui ont fourni les moules étaient parfaitement conformés, et l'incurvation présentée sur l'un des moules résulte uniquement de la pose donnée volontairement au rachis. L'un des moules offre la plus parfaite analogie avec celui de Jenny Guerry; il appartient à une jeune fille nommée Victoire Villemain. M. Bouvier a soin d'ajouter que les sujets conservaient l'attitude qu'ils prenaient sans l'aide d'aucun moyen contentif, et qu'ils pouvaient se livrer, sans la perdre, à toute espèce d'exercice. M. Bouvier concluait alors seulement qu'il pouvait exister des courbures artificielles de la colonne vertébrale, et, d'autre part, qu'il était possible de confondre ces inflexions volontaires avec des déviations morbides réelles. Dans une lettre du 14 juin, adressée à l'occasion du rapport de la première commission, M. Bouvier recherche d'abord s'il y a des caractères vraiment propres à faire distinguer sur les moules des sujets les déviations simulées des déviations réelles. Pour les courbures en S, quand les deux courbures sont très-prononcées, oui ; mais il n'en est plus ainsi quand la courbure est unique, ou même dans le cas de courbures multiples, quand l'un des arcs est beaucoup plus marqué que l'autre. M. Bouvier cite le cas d'une déviation unique, comprenant

la région lombaire et la presque totalité de la région dorsale, avec renversement du bassin du côté de la convexité, de manière que le haut de l'épine revient dans la ligne de gravité, ou reste même en deçà, au lieu de pencher dans le sens de la concavité de la courbure. Cette observation a été faite sur un enfant de 26 mois, conjointement avec MM. Laugier, Duval et Heurteloup ; il y avait une forte gibbosité et claudication par l'inclinaison du bassin. Trois moules sont envoyés par M. Bouvier pour étayer ses propositions ; deux sont présentés comme des exemples de déviations pathologiques à courbure unique ; le troisième comme exemple de déviation simulée pris sur un enfant de 9 ans. M. Bouvier n'y voit de différence que du plus au moins. Il cite encore deux plâtres présentés par M. Tavernier, également à courbure unique, quoique pathologique. M. Bouvier signale ensuite les moyens de dissimuler, de diminuer, ou d'exagérer les déviations morbides, de manière à leur donner quelques-unes des apparences des déviations factices. Quatre plâtres attestent combien les caractères des déviations morbides peuvent ainsi être défigurés. M. Bouvier, examinant ensuite la question de la coupe oblique de la base du plâtre de Jenny Guerry, rappelle la comparaison qu'il a déjà faite de ce plâtre avec celui de Victoire Villemain ; il croit qu'on peut opter entre ces deux interprétations, ou bien admettre que le plâtre de Jenny Guerry appartient à une déviation complètement factice, ou bien admettre qu'elle a été produite par une forte exagération d'une courbure pathologique réelle.

Une nouvelle lettre de M. Bouvier a eu pour objet le cas curieux d'une déviation considérable de l'épine, avec courbure très-marquée dans la région dorso-lombaire, et quatre autres courbures distinctes en avant de la colonne vertébrale, mais presque inappréciables en arrière par la direction des apophyses épineuses ; fait que M. Bouvier donne comme exemple d'une déviation morbide sans courbure de balancement suffisante pour rétablir l'équilibre. — Dans une quatrième et dernière lettre, M. Bouvier n'a eu pour but que de démontrer que la coupe oblique du plâtre de Jenny Guéry peut très-bien être le résultat d'une section horizontale pendant que le bassin était renversé d'un côté, ainsi que cela a eu lieu pour Victoire Villemain. Cette fille était debout, reposait sur la pointe du pied gauche, pendant que le genou droit était fléchi, et que le tronc était fortement incliné à gauche. 4.° Enfin M. Guérin, dans deux lettres, s'est attaché à développer la question, à en préciser les termes, et à répondre aux diverses objections faites au

rapport de la commission. Les observations de M. Guérin devant se reproduire dans la discussion à laquelle M. le rapporteur va se livrer, elles seront indiquées au fur et à mesure que s'offrira l'occasion de les signaler.

Après cette analyse, M. le rapporteur résume toutes les objections dans les trois chefs suivans : 1.° Il peut exister des déviations latérales à une seule courbure. 2.° Il peut exister des déviations récentes et spontanées à une seule courbure sans torsion appréciable des vertèbres. 3.° Enfin on peut modifier, dissimuler ou exagérer les déviations réelles au point de les faire confondre avec des déviations simulées, ou au moins de rendre leur distinction difficile. — La commission, dit M. le rapporteur, a examiné ces trois chefs d'objections, sous le double point de vue et de la réalité des faits allégués et de leur degré d'importance. Voici le résultat de cet examen : les faits sur lesquels on s'est appuyé pour soutenir l'existence des déviations latérales à une seule courbure, n'ont pas été convenablement observés. Ainsi dans les planches de Delpech, de MM. Lafond et Pravaz, il n'existe pas un seul cas où il ne soit possible de constater des degrés plus ou moins marqués des courbures multiples. Ce qui a pu induire en erreur, c'est le défaut d'attention sur ce point que les courbures, très-marquées en avant de la colonne, sont quelquefois à peine sensibles en arrière. La pièce pathologique de M. Bouvier vient à l'appui de cette observation. Sur les plâtres envoyés par MM. Bouvier et Tavernier, les indices de la torsion des vertèbres sont sensibles sur la plupart, il y a des reliefs musculaires qu'on ne peut s'empêcher de reconnaître ; et quand ce relief manque, c'est que la déviation pathologique est encore trop peu avancée pour amener les courbures de balancement. D'ailleurs, M. le rapporteur n'a pas trouvé un seul des nombreux squelettes déviés qu'il a examinés, quels que soient l'âge et le sexe, dans le musée Dupuytren ou à Clamart, qui ait offert une courbure unique du rachis. Enfin, une preuve physique fournie par M. Guérin en est la démonstration mathématique. Le passage de la partie courbée d'un tige à la ligne droite, ne peut s'effectuer qu'au moyen d'un angle ou d'une courbure en sens inverse, à moins que la tige toute entière ne participe à l'arc de la courbure. Même en admettant la possibilité des déviations pathologiques à courbure unique, il y aurait encore moyen de les distinguer des inflexions simulées ; car, ainsi que l'a fait remarquer M. Guérin, ce n'est pas sur un caractère seulement, mais sur un ensemble de caractères que les distinctions s'établissent entre les faits dans les

sciences. Or, le siège de la courbure, son étendue, la direction du tronc, la torsion des vertèbres, la gibbosité, etc., distingueront toujours les déviations réelles. Le seul fait rapporté par M. Bouvier en est un témoignage éclatant.

M. le rapporteur aborde ensuite le second chef d'objections qui comprend les déviations récentes ou spontanées, suites de coxalgie ou de contractures musculaires. C'est encore à M. Guérin que M. le rapporteur emprunte la réponse. M. Guérin a toujours vu, dans le cas de coxalgie, la torsion des vertèbres avec courbures multiples. De plus, la hanche est proéminente, globuleuse. Pour ce qui est de la flexion de l'épine par contraction musculaire, M. Guérin pose en principe qu'il n'a point à s'en occuper. Ce n'est que par un abus de mots qu'on peut placer cette maladie au nombre des *déviations* de l'épine. A ce propos M. Guérin croit devoir rappeler les choses à leur véritable sens. La *déviation* de l'épine ne doit s'entendre que de l'état pathologique dans lequel un certain nombre de vertèbres décrivent un ou plusieurs arcs latéraux en dehors de la verticale, tandis que le reste de la colonne et le tronc tout entier sont maintenus dans la ligne de gravité. La flexion de l'épine par contracture, et la *déviation* latérale, appartiennent à deux ordres de faits, de cause, de siège, de marche, de forme et de traitemens différens, et ne peuvent, par conséquent, être confondus sous la même dénomination. Ces considérations de M. Guérin ont paru suffisantes à la commission pour écarter de la question cette espèce de courbure de la colonne vertébrale. La commission a cru aussi devoir en écarter tout le chef d'objections relatif aux modifications que l'on peut faire subir aux déviations morbides, dans le but d'en altérer, modifier, dissimuler ou exagérer les formes, M. Guérin n'ayant pour but dans son mémoire que de prouver qu'il existe *des caractères positifs pour distinguer les déviations latérales réelles des déviations simulées par imitation.* Toutefois, la commission est convaincue qu'à l'aide des signes fournis par M. Guérin, on pourra encore parvenir à distinguer les déviations simulées par exagération.

En ce qui concerne le fait particulier de Jenny Guéry, la commission n'a rien trouvé ni dans les lettres adressées à l'Académie, ni dans les discussions qui ont été soulevées à ce sujet, qui puisse changer la conviction où elle demeure, que le plâtre de cette fille appartient aux déviations simulées. L'explication qu'on a voulu tirer de l'obliquité du bassin, n'est pas même applicable dans l'espèce. Il faudrait admettre que l'inclinaison du tronc était à

droite ; or, il est constant que la partie supérieure du tronc était fortement inclinée à gauche. D'ailleurs, dans l'hypothèse de la coupe horizontale de la base du plâtre, un arc de cercle de quatre pouces mesurant le degré d'inclinaison du bassin, tout près du centre du mouvement, aurait dû être de huit à neuf pouces à l'extrémité du rayon représenté par la colonne vertébrale ; d'où il suit que l'extrémité supérieure du tronc aurait dû s'écarter à droite de huit à neuf pouces de la verticale. L'équilibre alors ne pouvait subsister. M. le rapporteur, pour achever de s'éclairer, a eu recours à une expérience directe. Il s'est transporté à la Muette, où, sur sa prière, M. Guérin a fait venir Joséphine Cayeux, modèle de 19 à 20 ans. Cette fille a pris et repris vingt fois de suite, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, l'attitude de la déviation latérale de l'épine la plus prononcée. Elle l'a conservée dans des mouvemens de toute espèce, et même alors que suspendue par les bras on la tirait fortement par les jambes. Joséphine Cayeux a été ensuite modelée dans son attitude déviée, et le plâtre, que M. le rapporteur montre à l'Académie, est tellement identique au plâtre de Jeuny Guéry, qu'il est à-peu-près impossible de les distinguer l'un de l'autre. Joséphiue Cayeux a été modelée se tenant sur la pointe du pied gauche pendant que le genou droit était fléchi. Malgré l'inclinaison donnée au bassin par l'élévation de la hanche gauche, la section horizontale du plâtre n'a pu produire la direction oblique du plâtre de Jenny Guéry et de Victoire Villemain. Il a fallu recourir à la coupe oblique indiquée par M. Guérin, et retrancher de la base du plâtre une portion triangulaire que M. le rapporteur présente à l'Académie.

Les conclusions définitives de la commission sont : 1.° il est facile d'imiter, jusqu'à un certain point, par de simples attitudes, les déviations latérales de l'épine. 2.° Les imitations imparfaites de ces déviations offrent des caractères dont l'ensemble permet de les reconnaître lorsqu'elles sont portées à un certain degré. 3.° L'ensemble des caractères propres aux déviations simulées ne se retrouve pas dans les déviations pathologiques, et réciproquement. 4.° L'inspection seule d'un plâtre provenant d'une déviation factice portée à un certain degré, suffit pour en faire reconnaître l'origine.

Immédiatement après la lecture de ce rapport, M. Husson se lève et proteste formellement en son nom et celui de M. Bricheteau, contre ses conclusions. M. Husson motive son opposition sur ce qu'il n'a pas eu connaissance de ce rapport, et ensuite sur

ce que M. le rapporteur ne devait pas, en dehors de la commission, recourir pour appuyer ses opinions, à une expérience qui lui est entièrement propre. Relativement au premier point, le reste des membres de la commission s'étonne de ce que M. Husson n'ait pas pris connaissance du rapport qui, d'après M. Double, a été examiné et discuté phrase par phrase. Sur le second point, M. Lisfranc pense que, loin que l'Académie doive reprocher à M. Cruveilhier l'expérience qu'il a cru devoir faire, elle doit au contraire le remercier d'avoir communiqué un fait aussi important. Vu le comité secret dans lequel l'Académie doit entendre la commission des prix, la discussion du rapport de M. Cruveilhier est remise à la prochaine séance.

Anévrysme de l'artère iliaque externe. — M. Lisfranc présente un malade qu'il a opéré de cet anévrysme. L'opération remonte à 83 jours. La tumeur avait le volume d'un gros œuf. Une seule ligature plate a été appliquée. Les suites de cette opération ont été marquées par des accidens assez graves du côté des cavités du ventre et de la poitrine. — Une tympanite considérable a été combattue très-vite avec les fomentations de camomille, les lavemens de même espèce, et quelques purgatifs. Des symptômes de pneumonie ont été conjurés par cinq saignées copieuses en quatre jours. Une seule fois une hémorrhagie a eu lieu dans la plaie par suite de mouvemens imprudens du malade. Le membre a toujours conservé sa caloricité et sa sensibilité. Il est seulement un peu moins gros que l'autre. La poche anévrysmale a diminué des deux tiers, elle est devenue très-dure, et n'a pas présenté de battemens depuis l'opération. Un point d'où il sort au plus trois ou quatre gouttes de pus en vingt-quatre heures, est tout ce qui reste de la plaie. Le malade marche librement depuis quinze jours. — M. Lisfranc présente encore un col utérin carcinomateux qu'il a enlevé en ville. La section, faite en dédolant sur les parties saines, prouve qu'on a dû comprendre jusqu'au corps de l'organe. Enfin M. Lisfranc montre un dernier malade qui était affecté depuis vingt-trois ans de treize fistules à la cuisse. Les fistules présentaient des callosités considérables, et n'ont jamais donné passage à aucune esquille. M. Lisfranc a d'abord combattu les callosités à l'aide d'évacuations sanguines et émollientes, puis de moyens *fondans*. Le membre a diminué de volume. Plusieurs fistules sont cicatrisées.— M. Lisfranc rappelle à ce propos qu'il professe depuis longtemps, que si les fistules entretiennent les callosités, celles-ci à leur tour entretiennent certainement les fistules. Le malade porte une ankylose vraie de l'articulation coxo-fémorale.

Séance du 2 août. — ORTHOPÉDIE. — *Discussion du rapport de M. Cruveilhier sur le mémoire de M. Guérin.* — Après avoir rappelé les circonstances qui ont provoqué son nouveau rapport, M Cruveilhier relève le reproche qui lui a été adressé au sujet de l'expérience qui lui est propre, et dont il a cru devoir étayer ses conclusions. L'honorable membre s'autorise de l'exemple de Cuvier, dont les rapports les plus remarquables étaient en grande partie composés d'expériences particulières. M. Guéneau de Mussy combat le rapport. Il s'étonne d'abord de la différence que présentent les nouvelles conclusions avec celles du premier rapport. Il reproche ensuite à M. Guérin de n'avoir fait ancune mention des diverses causes qui peuvent amener les déviations pathologiques de l'épine. Il cite un cas de déviation suite d'une pleurésie. M. Guéneau ne voit, dans l'identité apparente des plâtres de Jenny Guerry et de Victoire Villemain, que la ressemblance parfaite qui peut exister entre une déviation factice et une déviation réelle. Il comprend la torsion des vertèbres, la force qui tend à fléchir deux corps de vertèbres l'un sur l'autre éprouvant une résistance à vaincre par le rapprochement des bords à l'extrémité des diamètres transverses; mais dans les courbures considérables, et qui occupent beaucoup de vertèbres, la torsion peut bien ne pas avoir lieu. Tel est le cas des déviations dues à des attitudes vicieuses qui reconnaissent la même cause que les déviations simulées. M. Guéneau invoque l'opinion de M. Bouvier. M. Cruveilhier réplique, et fait ressortir qu'un seul caractère, la torsion, n'aurait pas dû fixer l'attention exclusive de M. Guéneau, puisqu'il en est d'autres, et en grand nombre, qui la réclamaient. M. Cruveilhier ajoute que l'opinion invoquée de M. Bouvier n'est point favorable à la thèse de M. Guéneau, car M. Bouvier dit bien positivement que si la déviation de la fille Jenny n'est pas entièrement factice, elle est au moins fortement exagérée. M. Gueneau revient sur la manière dont il comprend la lésion des vertèbres; il fait ensuite la remarque que M. Guérin, dans le principe, a présenté la déviation de Jenny comme provoquée par les appareils de M. Hossard, par conséquent, comme réellement pathologique, quoique primitivement factice. M. Cruveilhier cite textuellement le mémoire de M. Guérin, où nulle part la déviation de Jenny Guerry n'est désignée que comme *factice et simulée.* — M. Velpeau voit ici une question de science générale, dont les termes sont très-précis, et qu'on ne doit point embarrasser par des considérations étrangères. Les caractères propres à distinguer les déviations pathologiques des déviations simulées lui paraissent in-

contestablement établis par tous les faits sur lesquels se basent les conclusions du rapport. Il y a des raisons anatomiques qui veulent que les choses se passent telles qu'elles s'observent et pas autrement. Ainsi, les insertions des muscles sacro-lombaire et long dorsal exigent que la flexion de l'épine que détermine leur contraction, ait lieu entre les points de leur insertion supérieure et inférieure ; c'est-à-dire à l'union de la dernière vertèbre dorsale avec la première lombaire. On a dit qu'il n'était pas possible d'admettre que pendant cinq mois une déviation fût simulée au point de tromper toutes les investigations; mais la jeune fille de 19 ans qui a été le sujet de l'expérience de M. Cruveilhier, a pu reproduire vingt fois ses mêmes attitudes; la suspension et les tractions n'ont pu la faire varier, etc. M. Velpeau cite de nouveau les planches de Delpech, de M. Pravaz, les plâtres envoyés à l'Académie, etc., partout on ne peut méconnaître des faits absolument contraires à ceux qu'on a allégués. M. Husson se lève et se livre à une attaque toute personnelle contre M. Guérin, dans laquelle le côté scientifique de la question est à peine abordé, et dont la conclusion est de passer à l'ordre du jour sur tout ce qui a trait au mémoire de M. Guérin. Cette motion soulève les réclamations pressantes et successives de MM. Velpeau, Lisfranc et Amussat. MM. Paul Dubois, Nacquart, Adelon, Piorry, etc., rappellent en outre le réglement et les usages de l'Académie qui ne permettent pas de passer à l'ordre du jour sur un rapport présenté par une commission. M. le Président met aux voix la clôture de la discussion générale, qui est adoptée à une grande majorité. Renvoi à quinzaine, après la séance annuelle, pour le vote sur les conclusions du rapport.

Cancer de la lèvre. — M. Lisfranc montre une tumeur cancéreuse de la lèvre inférieure qu'il a enlevée à un malade à la Pitié. Le cancer s'étendait jusqu'au bord de la mâchoire inférieure envahie elle-même dans toute l'épaisseur du centre de son corps qui a été emporté avec les parties molles. Pour réparer la perte énorme de substance, M. Lisfranc a eu recours au procédé de M. Roux de Saint-Maximin. L'opération était pratiquée depuis six jours; les points de sutures étaient enlevés, et la réunion par première intention partout effectuée; les lambeaux relevés de la peau du cou ont suffi pour masquer presque complètement les difformités.

Séance publique et annuelle du 9 août. — La séance est ouverte par un rapport de M. Piorry sur les épidémies qui ont régné en France depuis 1830 jusqu'à ce jour. M. Piorry s'est particulièrement attaché à signaler l'influence pernicieuse de l'encombrement

des hommes sur l'explosion et la propagation des maladies épidémiques, et par contre, les avantages de l'établissement de libres courans d'air comme indication dominante dans l'ordonnance des moyens propres à les combattre. — M. le Secrétaire a proclamé ensuite les noms des personnes qui ont remporté les prix décernés par l'Académie et les sujets de prix pour 1837, 1838 (1).

---

(1) PRIX DÉCERNÉS. — *Prix de vaccine*, partagé entre : MM. Keller, médecin à Altkirch (Haut-Rhin), 1,000 fr.; Cayre-Mirabel, médecin à Reuilly (Cher), 500 fr.

Médailles d'or : MM. Ancessy, médecin à Sainte-Affrique (Aveyron); Deffis, médecin à Morlaas (Basses-Pyrénées); Luroth, médecin à Rischwiller (Bas-Rhin); Rosec Maisonneuve, médecin à Ploudalmaiseau. (Finistère).

1836. — *Concours Portal.* « Quelle a été l'influence de l'anatomie » pathologique sur la médecine, depuis Morgagni jusqu'à nos jours. »

Mémoire couronné. N.° 2. M. Risueno de Amador, docteur en médecine à Montpellier.

Mention honorable et médaille en bronze. N.° 1. M. Saucerotte (Constant), D. M. P., correspondant de l'Académie, à Lunéville. (Meurthe).

Concours Michel Civrieux : « Déterminer le traitement et la guéri- » son des maladies provenant de la surexcitation de la sensibilité » nerveuse. »

Une médaille de 500 fr. est décernée à titre d'encouragement, à M. Nepple (Pierre-Frédéric), médecin à Lyon.

Concours de l'Académie : « Que doit-on entendre par phthisie laryn- » gée ? Quelles en sont les altérations organiques, les causes, les es- » pèces, les terminaisons ? Quel en est le traitement ? »

Mémoire couronné. N.° 4. MM. Trousseau (Armand), agrégé de la Faculté; Belloc (Hyppolite), docteur en médecine.

Mentions honorables : N.° 1. M. Albers (Paul) père, médecin à St.-Chinian (Hérault).

N.° 6. M. Schwarzschild, D. M., praticien en médecine, chirurgie et accouchement, à Francfort-sur-le-Mein.

Prix proposés pour les années 1837 *et* 1838.

Prix de l'Académie : « Faire l'histoire physiologique de la mens- » truation; faire connaître l'influence que cette fonction exerce sur » les maladies, et celle qu'elle en reçoit. »

Ce prix, de 2,000 fr., sera décerné dans la séance annuelle de 1837.

Prix Portal : « Faire l'histoire des découvertes relatives au système » veineux, depuis Morgagni jusqu'à nos jours, et déterminer l'in- » fluence que ces découvertes ont exercée sur la connaissance et le traitement des maladies. » Ce prix, de 600 fr., sera décerné dans la séance annuelle de 1338.

Prix fondé par madame Marie-Elisabeth Bernard de Civrieux, épouse de M. Michel jeune. — L'Académie propose de nouveau le suje exprimé par le testament de madame Civrieux, et dont voici l'extrait:

« Je lègue à l'Académie de Médecine de Paris une rente perpétuelle » sur l'Etat, de la somme annuelle de 1,000 fr., pour fonder un prix » annuel qui serait décerné par ladite Académie, à l'auteur du meil- » leur ouvrage sur le traitement et la guérison des maladies prove-

M. Pariset a clos la séance par l'éloge de Dupuytren. Le disert académicien a su fixer et soutenir l'attention de l'auditoire en redisant ce qui tant de fois déjà a été dit de l'illustre chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Si les faits chirurgicaux qui devaient souvent marquer le panégyrique n'ont pas toujours été abordés avec la profondeur de vues qu'eût pu y mettre un homme plus spécial que l'orateur, du moins leur énoncé a constamment été d'une précision remarquable. On a admiré le bonheur d'expression avec lequel l'éloge s'est ployé à la nécessité de toucher parfois au blâme. En un mot, M. Pariset s'est montré ce qu'on attendait, homme d'esprit, écrivain piquant et plein de goût; et les applaudissemens de l'assemblée ont témoigné du plaisir que chacun avait eu à l'entendre. Le discours de M. Pariset se refuse à l'analyse; c'est un tableau qui a besoin de tous ses traits et de tout son coloris.

Séance du 16. — **Déviations simulées.** — *Discussion sur les conclusions du rapport de M. Cruveilhier.* — M. Husson vote le rejet de la première conclusion. Il trouve puéril de formuler en aphorisme scientifique, que « *il est facile d'imiter jusqu'à un certain point, par de simples attitudes, les déviations latérales de l'épine.* C'est une vérité si vraie, qu'elle en est triviale.— M. Cruveilhier n'admet point que ce qui est si clair pour M. Husson, ait la même évidence pour tout le monde. Avant que M. Bouvier présentât ses plâtres, beaucoup de membres de l'Académie ignoraient qu'on pût produire de pareilles imitations. Enfin, avant le mémoire de M. Guérin, on n'avait aucun caractère positif auquel on pût reconnaître une déviation simulée. — M. Londe émet le même avis. — M. Renauldin trouve toutes les conclusions du rapport trop explicites, et propose des remerciemens à M. Guérin, et le dépôt de son mémoire aux archives. — M. Cruveilhier repousse cette

---

» nant de la surexcitation de la sensibilité nerveuse. » Ce prix sera décerné dans la séance annuelle de 1837.

« Déterminer l'influence de l'éducation physique et morale sur la » production de la surexcitation du système nerveux et des maladies » qui sont un effet consécutif de cette surexcitation. » Ce prix tiercé de 1,500 fr., sera décerné dans la séance annuelle de 1838.

N. B. Les mémoires envoyés au concours pour tous les prix, dans les formes usitées, devront être remis au secrétariat de l'Académie, avant le 1.er mars 1837 et 1838.

L'Académie rappelle les prix proposés pour 1837; savoir :

1.° *Prix de l'Académie.* Faire connaître les analogies et les différences qui existent entre les typhus et les fièvres typhoïdes.

2.° *Prix Portal.* Faire d'histoire anatomico-pathologique du ramollissement des tissus.

3.° *Prix Civrieux.*

proposition qui ne peut atteindre un travail important. Il fait valoir ensuite pour soutenir la première conclusion attaquée du rapport, la contradiction qui existe entre M. Husson et M. Renauldin, qui craint que le temps ne sanctionne pas une vérité qui paraît si commune à M. Husson. Quoi qu'il en soit, la première conclusion est mise aux voix et rejetée. — La deuxième conclusion : « *Ces imitations imparfaites des déviations offrent des caractères dont l'ensemble permet de les reconnaître lorsqu'elles sont portées à un certain degré*, » est contestée par M. Guéneau de Mussy, qui la regarde d'ailleurs comme très-importante. Ces mots, *à un certain degré*, indiquent que les déviations simulées ne sont pas reconnaissables à tous leurs degrés : il en est donc qu'on ne peut distinguer. En outre, pourquoi ne pas rappeler *l'ensemble* de leurs caractères? et enfin ces caractères ne sont-ils pas négatifs ; c'est l'absence de torsion, de gibbosité, etc.? On ne peut jamais conclure sûrement du négatif au positif. — M. Cruveilhier réplique à M. Guéneau, que ces mots, *à un certain degré*, sont une concession faite à la seconde commission, et ne se trouvaient pas dans le premier rapport. Quant aux caractères des déviations simulées, ils sont loin d'être tous négatifs. Ce sont des caractères très-positifs que le siège de la flexion à la région lombaire, l'unité de courbure, les plis à la peau du côté de l'inclinaison du tronc, etc. — M. Double trouve tout naturel qu'il faille que les déviations du rachis aient atteint un certain degré pour être reconnues. Il en est ainsi des maladies en général qui, dans leur début, se confondent presque toutes. M. Adelon dit que c'est lui qui a voulu qu'on ajoute les mots, *à un certain degré*, parce qu'il n'est pas convaincu qu'au début d'une déviation on puisse en effet la reconnaître. Des observations suffisamment nombreuses manquent. M. Adelon voudrait qu'on ajournât le vote sur les conclusions du rapport à six mois. — M. Cruveilhier demande qu'on suive les usages académiques, et repousse l'ajournement. M. Velpeau rappelle la question, qui est de savoir s'il est possible de distinguer ce qui est feint de ce qui est réel. Si l'on convient que cela est pour les courbures portées à un certain degré, la commission n'en veut pas davantage, c'est un fait acquis à la science. — M. P. Dubois regrette que la première conclusion ait été rejetée, mais cela étant, il demande que la rédaction de la seconde soit modifiée, sans d'ailleurs en altérer le sens qu'il adopte, ainsi que toutes les autres conclusions du rapport, le mémoire de M. Guérin lui paraissant aussi consciencieux relativement aux faits, que bien composé. La deuxième conclusion est

adoptée. Il en est de même de la troisième : « *L'ensemble des caractères propres aux déviations simulées ne se retrouve point dans les déviations pathologiques, et réciproquement.* » La quatrième conclusion n'étant qu'un corollaire des précédentes, la commission la retire. Enfin, la dernière conclusion du premier rapport qui demande l'approbation du mémoire de M. Guérin, et son insertion parmi les mémoires des savans étrangers, est mise aux voix et adoptée.

Torticolis ancien. — M. Bouvier présente à l'Académie des pièces pathologiques propres à éclairer l'histoire des torticolis anciens. Une jeune fille de 22 ans est morte de fièvre typhoïde à l'Hôtel-Dieu. Elle était affectée depuis son enfance d'un torticolis du côté droit. La tête était fortement inclinée sur l'épaule droite, et la face violemment tournée dans le sens opposé. A l'autopsie on a trouvé le sterno-mastoïdien droit beaucoup plus mince et presque de moitié plus court que le gauche. Les fibres charnues étaient pâles, et le muscle réduit à-peu-près à ses vaisseaux aponévrotiques. Le faisceau sternal était le plus tendu dans les efforts de redressement de la tête. Pour que le faisceau claviculaire le fût sensiblement, il fallait renverser la tête en arrière en même temps qu'on la portait à gauche. La section des deux faisceaux a permis immédiatement de ramener la tête à sa position normale.—M. Bouvier conclut que les contractures musculaires anciennes sont plutôt dues à l'atrophie et au raccourcissement des fibres qu'à une énergie accrue; que contre l'opinion de Sharp, reproduite par Boyer, il n'y a point de déformations des vertèbres dans les torticolis anciens; enfin, que même chez les adultes, on peut tenter dans ce cas de redonner la longueur aux muscles, soit à l'aide d'appareils, soit en pratiquant leur section totale ou partielle.

VARIÉTÉS.

— On lit dans le *Moniteur* du 18, l'ordonnance suivante :

Art. 1.er A partir du 1.er novembre 1836, nul ne pourra être admis à prendre sa première inscription dans une Faculté, à quelque titre que ce soit, s'il ne justifie du diplôme de bachelier ès-lettres; sont exceptées, les inscriptions dites de capacité.

Art. 2. A partir du 1.er novembre 1837, nul ne pourra être admis à soutenir son premier examen dans une Faculté de médecine,

s'il ne justifie du diplôme de bachelier ès-sciences, dont les frais seront déduits au profit de l'élève sur le prix des inscriptions qui lui restent à prendre.

Art. 3. Seront dispensés de l'obligation du baccalauréat ès-sciences les étudians en médecine qui, en prenant leur cinquième inscription, déclareraient n'aspirer qu'au titre d'officier de santé ; mais ladite inscription et celles qu'ils continueront de prendre dans le même but ne seront, dans aucun cas, admis à leur compter pour le doctorat en médecine.

Art. 4. Les inscriptions, quel qu'en soit le nombre, prises dans une école secondaire de médecine, ne pourront être échangées jusqu'à concurrence de quatre inscriptions ou plus, pour le doctorat, dans une Faculté de médecine, qu'autant que l'étudiant justifierait les diplômes de bachelier ès-lettres et de bachelier ès-sciences.

Pour obtenir, par voie d'échange, moins de quatre inscriptions dans une Faculté de médecine, il suffira du diplôme de bachelier ès-lettres.

Art. 5. Les dispositions contraires des ordonnances antérieures sont et demeurent rapportées.

Donné au palais de Neuilly, le 9 août 1836.

— Tout ce qui tendra à donner de la force aux études médicales, mérite d'être applaudi, et sous ce rapport on ne peut qu'approuver les intentions qui ont fait renouveller les conditions du baccalauréat ès-ciences. Mais placée comme elle l'est, seulement avant l'admission au premier exameu, cette condition ne nous paraît pas bien utile ; elle semble même former un double emploi, puisque les matières du premier examen sont presque toutes celles sur lesquelles roule l'examen pour le baccalauréat ès-sciences. L'ordonnance de 1820, qui avait établi cette mesure, avait au moins, sous le rapport scientifique, plus de portée, en en faisant, comme le titre de bachelier ès-lettres, une condition pour l'admission aux inscriptions dans la Faculté. C'était une garantie de connaissances préliminaires utiles et d'aptitude nécessaire pour aborder l'étude des sciences médicales. — Nous avions depuis longtemps le projet d'examiner ce que devrait être dans les Facultés de médecine, l'enseignement des sciences qu'on y appelle accessoires et l'examen qui porte sur ces sciences ; l'ordonnance qui rétablit la condition du baccalauréat ès-sciences, nous en fournira une occasion naturelle.

BIBLIOGRAPHIE.

Essai sur la philosophie médicale et sur les généralités de la clinique médicale, précédé d'un résumé philosophique des principaux progrès de la médecine, etc., etc.; par J. BOUILLAUD, *professeur de clinique à la Faculté de Médecine de Paris.* Paris, 1836, in-8.° pp. XII-420.

Ainsi que le dit M. Bouillaud, c'est bien aujourd'hui, après les progrès réels qu'a faits la *Philosophie médicale*, grâce aux perfectionnemens récemment apportés dans nos méthodes d'investigation, c'est bien aujourd'hui, disons-nous, qu'on sent le besoin d'un traité général sur cette matière. L'auteur du livre que nous allons nous efforcer de faire connaître à nos lecteurs, placé à la tête d'un enseignement clinique où il se distingue par son zèle pour les progrès de la médecine et pour l'instruction des élèves, pouvait apprécier mieux que tout autre l'influence que doivent exercer sur les études médicales une bonne méthode et une saine philosophie. Aussi a-t-il réuni le fruit de ses méditations sur ce sujet, dans le volume auquel il a donné le nom modeste d'*essai*, et dont le caractère saillant consiste dans de louables efforts pour imposer à l'étude de la médecine ce caractère d'*exactitude* sans lequel il n'existe aucune véritable science, et pour lui imprimer la direction généralement suivie dans les sciences physiques proprement dites.

L'étude de l'histoire d'une science se trouvant nécessairement liée à toute espèce de travail sur la philosophie de la même science, M. Bouillaud a consacré la première partie de son livre à des recherches historiques sur les principales époques de la médecine, et sur les institutions cliniques. Il esquisse rapidement les progrès de la médecine depuis Hippocrate jusqu'au dix-huitième siècle. Mais arrivé à cette époque, ralentissant un peu sa marche, il entre dans quelques détails intéressans, et apprécie l'influence qu'ont exercée sur les sciences médicales et sur la pratique de notre art, des hommes tels que Sydenham, Baglivi, Boërhaave, Stahl, Haller, Brown, Bichat, Pinel, Laennec, Magendie, Broussais. Dans ce résumé très-concis et animé par une discussion empreinte d'une profonde conviction, M. Bouillaud a manifesté vivement sa prédilection pour les doctrines de l'auteur de ce qu'il appelle la *révolution médicale de* 1816. Mais ce qui mérite l'assentiment général, c'est l'*esprit de progrès*, si nous pouvons ainsi dire, qui règne

dans toute cette esquisse historique ; c'est l'importance que notre auteur attache aux études médicales dirigées dans cet esprit. En effet, pour nous servir des expressions de M. Bouillaud, « un des plus beaux spectacles pour le médecin observateur, c'est assurément de contempler comment la médecine, à travers des obstacles sans cesse renaissans, poursuit le grand œuvre de son évolution... *La pyramide scientifique*, pour parler comme Bâcon, s'élève en proportion du nombre des générations qui en ont fourni les matériaux, et son arrangement se perfectionne à mesure que le génie découvrant de nouveaux rapports entre ces divers matériaux, d'abord entassés pêle-mêle, donne à chacun d'eux la place qui lui convient. » La partie historique est terminée par quelques considérations sur les *lois* et les conditions du progrès en général, et par un coup-d'œil rapide sur l'histoire des institutions relatives à l'enseignement clinique de la médecine. M. Bouillaud émet le vœu qu'une chaire de clinique soit fondée pour les maladies des enfans.

La deuxième partie du livre de M. Bouillaud porte le titre suivant : *Principes de philosophie médicale, ou Considérations sur l'art d'observer, d'expérimenter et de raisonner en médecine.* Pour remplir convenablement un pareil cadre, l'auteur a dû se livrer à des réflexions préliminaires sur les sciences en général, et spécialement sur les sciences dites d'observation, afin de partir de là pour s'occuper du génie particulier de la médecine. Il étudie ensuite l'esprit ou génie d'invention, d'observation, d'expérimentation, ses agens et ses méthodes. En traitant de l'observation extérieure, il insiste, à l'exemple de Corvisart, sur la nécessité de bien exercer les sens dans la médecine pratique strictement dite.

M. Bouillaud distingue deux espèces d'observations, l'une extérieure, et l'autre intérieure; celle-ci s'exerce sur les phénomènes de conscience, de sens intime. « Ce n'est ni par l'ouïe, ni par la vue, etc., dit-il, que nous pouvons nous mettre en rapport avec les phénomènes dont il s'agit; on ne voit pas, on n'entend pas les diverses souffrances d'un malade, ni ses désirs, ni ses appétits, ni ses pensées, etc. : ces phénomènes dont l'individu lui seul a connaissance par cette sorte de sens interne, d'*œil* ou de *tact intérieur*, qui a reçu le nom de conscience, nous ne pouvons le connaître qu'au moyen de la révélation qui nous en est faite par les divers modes d'impression, et spécialement par la parole ; de là, la nécessité d'*interroger* les malades. » Ces considérations amènent naturellement M. Bouillaud à l'exposition de ses principes sur l'art d'interroger les malades, de recueillir des observations, à donner, en

un mot, sa *formule*. Toute cette exposition est précieuse à consulter pour les élèves et les praticiens.

M. Bouillaud traite ensuite de l'esprit théorique, logique et systématique, appliqué aux faits de la médecine. Ici, il a principalement pour objet d'établir que l'entendement humain s'applique aux faits de la médecine, conformément aux lois qu'il suit dans son application aux faits des autres sciences physiques, et il s'élève particulièrement contre ce qu'il appelle les *adversaires des théories et des systèmes en médecine*. Nous croyons que M. Bouillaud s'est un peu exagéré l'opposition de ces prétendus adversaires des théories. Il suffit de jeter un coup-d'œil sur l'histoire de la médecine pour s'apercevoir tout de suite de l'incroyable facilité avec laquelle certains hommes bâtissent des théories en médecine, et pour reconnaître qu'on ne saurait mettre trop de sévérité dans l'appréciation des diverses théories chaque jour proposées; mais il y a loin de là à les rejeter toutes *à priori;* ce serait condamner la science médicale à n'être jamais composée que de lambeaux épars, ou plutôt à ne jamais être constituée. Existe-t-il des hommes doués de qualités intellectuelles éminentes qui puissent donner dans un pareil travers? Du reste, la discussion que M. Bouillaud a soulevée à ce sujet l'a conduit à des considérations importantes sur l'application du calcul aux faits de la médecine en général, sur le degré de certitude auquel on peut atteindre dans les questions de cette science, et sur la source des erreurs en médecine. Le paragraphe suivant, que nous extrayons de l'ouvrage de M. Bouillaud, nous a paru propre à faire connaître dans quel esprit ce professeur a traité la partie de son livre consacrée plus spécialement à la philosophie médicale proprement dite : « Dans la seconde partie de cet ouvrage, nous avons abordé les questions les plus abstraites de la médecine ; nous avons essayé de remonter jusqu'aux premiers fondemens de cette science ; nous avons discuté les principes mêmes de sa constitution ; il résulte clairement de ces considérations que la médecine n'est point une science *simple*, mais qu'elle est, au contraire, un immense composé de faits, dont plusieurs se rattachent à ceux de la mécanique, de la physique, de la chimie, etc.; d'où il suit que, sous ce point de vue, la *philosophie* de la médecine se confond, en quelque sorte, avec celle des sciences que nous venons de nommer. Quant aux faits de l'ordre *psychologique* ou *métaphysique* qui appartiennent *exclusivement* à cette science, nous avons reconnu, avec Bichat et la plupart des autres physiologistes, qu'ils supposaient, en effet, une ou plusieurs causes

premières spéciales, mais dont la nature se dérobe à l'expérience directe, ainsi que la nature de toute cause première. Toutefois nous avons reconnu en même temps que les phénomenes de l'ordre dont il s'agit étaient subordonnés à des conditions organiques dont l'étude rentrait dans la sphère des sciences dites naturelles et expérimentales. »

La troisième partie de l'ouvrage de M. Bouillaud renferme *des généralités sur la clinique médicale*. On peut la considérer comme un abrégé de pathologie générale. En effet, ces généralités roulent, 1.° sur les causes, la nature et la classification philosophique des maladies; 2.° sur leur siège, leur étendue et leurs caractères anatomiques; 3.° sur leurs symptômes et leur diagnostic; 4.° sur leur durée, leur marche, leur type, leurs terminaisons; 5.° sur leur pronostic; et 6.° enfin, sur leur traitement.

Dans la quatrième partie, M. Bouillaud établit un parallèle entre les résultats thérapeutiques de sa nouvelle formule des émissions sanguines, et ceux des formules généralement adoptées; il appuie sur une réunion imposante de faits et de raisonnemens, le choix qu'il a accordé aux saignées abondantes et répétées dans le traitement des principales phlegmasies aiguës.

L'analyse d'un ouvrage de la nature de celui que nous venons de faire connaître, comporte des développemens et des discussions longues et nombreuses. Nous aurions aimé à dire sur quels points nous croyons devoir être en dissidence avec lui. Mais un pareil travail nous eût entraîné évidemment trop loin, et nous sommes obligé de renvoyer à l'ouvrage lui-même pour les détails importans qu'il renferme. G. R.

Inductions sur la valeur des altérations de l'encéphale dans le délire aigu et dans la folie; par F. Lélut, *médecin surveillant de la division des aliénés de l'hospice de Bicêtre, etc.* Brochure in-8.° Paris, 1836, in-8.°, pp. 111.

M. Lélut a recueilli à Bicêtre un grand nombre d'observations de délire aigu, de folies simples et compliquées: ces faits, par leur rapprochement, constituent une *histoire clinique de la folie*, dont l'auteur détache quelques propositions qu'il publie aujourd'hui sous forme de corollaires. — L'on n'a pas toujours procédé avec assez de soins et d'exactitude dans les recherches nécroscopiques, à la suite du *délire aigu*; les faits consignés dans plusieurs écrits modernes perdent par cela même une grande partie de leur importance et de leur autorité; l'on doit s'attendre à rencontrer dans

le délire aigu une multitude de produits morbides, d'altérations, soit dans l'encéphale, soit dans ses enveloppes : ce sont des épanchemens de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde, dans le tissu de la pie-mère, des produits albumineux ou purulens, l'épaississement de l'arachnoïde cérébrale, des granulations ventriculaires, l'injection et la rougeur des membranes cérébrales ; des adhérences de la pie-mère au cerveau, des changemens de consistance, de coloration ; le ramollissement des parties centrales, etc.

La plupart de ces produits, de ces altérations de tissu, se rencontrent sur des sujets qui n'ont présenté aucun signe de délire aigu ; quelquefois le délire aigu est, au contraire, porté très-loin, et l'examen de l'encéphale ne laisse voir aucun des désordres précédemment signalés. Finalement, pour qu'il y ait délire aigu, fièvre cérébrale, fièvre ataxique, il n'est pas toujours nécessaire que les choses aillent dans l'encéphale jusqu'à la phlegmasie ; la phlogose bien avérée du cerveau et de ses membranes est pour ainsi dire une chose de luxe ; tout aurait fort bien pu se passer sans cela, et il eût suffi pour cela de l'irritation, c'est-à-dire de l'état ou d'une action du système nerveux central dont le nom n'exprime autre chose que notre ignorance de ses conditions organiques, et n'est pas même pour nous un guide sûr dans le choix des moyens destinés à la combattre.

Les altérations rencontrées dans l'encéphale ou dans ses enveloppes, pendant la période d'*acuité* de la *manie*, ne rendent point raison des phénomènes morbides observés pendant la vie ; la manie aiguë ne se trahit après la mort par rien d'essentiellement matériel ; l'état général et intime du cerveau, qui correspond à l'exaltation maniaque, si tant il y a qu'on doive le chercher, fait partie d'un ordre de faits ou de causes qui échappent jusqu'à présent à notre investigation et à notre pensée.

C'est, à plus forte raison, une prétention en quelque sorte chimérique de rechercher les conditions anatomiques qui correspondent au délire *maniaque chronique*; l'état sans doute très-matériel qui produit cette forme de la folie n'est pas appréciable à nos sens.

La démence compliquée de *paralysie générale* peut se comporter après la mort comme la démence simple, comme la maladie aiguë ou chronique, comme le délire aigu lui-même, et ne laisse dans l'encéphale et dans ses enveloppes aucune altération palpable. L'état spécial intime et constant qui donne lieu à la paralysie générale des aliénés nous échappe donc sur le cadavre, comme celui qui donne lieu à la démence simple, aux diverses espèces de manies, au délire aigu.

La lecture de ces corollaires, qui s'accordent en cela avec les déductions que nous trouvons consignées dans plusieurs écrits récens concernant les maladies de l'encéphale, prouve que dans les différentes espèces de délire, ainsi que dans la totalité des maladies de l'organisme, il existe *des inconnus*. Les matérialistes les plus intrépides, et qui rapportent l'exercice des différentes facultés intellectuelles, les sensations, la diversité des passions affectives, etc., à autant de modifications intimes de la substance cérébrale, ou de ses fluides impondérables, ou des liquides qui la traversent, n'ont point la prétention ni l'espoir de retrouver dans les lobes cérébraux les types matériels de chaque impression, de chaque idée, de chaque passion affective, de chaque penchant. Quel est l'état matériel qui procure la joie, la tristesse, la bonté, qui excite la colère, le dépit? Qui pourra saisir au sein de l'organisme des mouvemens qui ne s'arrêtent jamais, qui ne sont souvent qu'instantanés? Quand vous retrouveriez dans le cerveau d'un aliéné tout ce qui déterminait le délire, au moment de la mort, il vous resterait encore à déterminer ce qui a occasionné, le jour, la nuit, à chaque minute, pendant dix, quinze, vingt ans, ces scènes mobiles que la pensée elle-même ne suit qu'avec peine. Ainsi, il faut donc en prendre son parti: dans le délire aigu, dans la folie, laissons-là les prétentions de pénétrer les modifications spéciales, intimes, qui constituent la différence, les nuances de chaque délire; mais dressons des relevés anatomiques rigoureux; établissons le chiffre de fréquence de chaque sorte de lésion, dans la manie aiguë, la manie chronique, la démence simple ou compliquée de paralysie, etc., etc. Et si ces données nous laissent par malheur beaucoup à désirer pour l'explication des phénomènes morbides, peut-être en découlera-t-il quelques vérités utiles pour le traitement. — Nous attendrons avec impatience le livre complet de M. Lélut: les travaux d'un homme de talent et placé dans une si bonne position pour observer, ne pourront qu'être utiles à la science.

Nouveau Traité de pharmacie théorique et pratique; par E. SOUBEIRAN, *chef de pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils de Paris, professeur à l'Ecole spéciale de pharmacie, etc.* Paris, 1836, in-8.° 2 vol. Chez Crochard et compagnie.

Les progrès de la thérapeutique sont essentiellement liés à la pharmacie: et par pharmacie l'on doit entendre, non cet art que le vulgaire ne voit guère que dans le métier de peser des drogues

et de piler et mélanger le plus proprement possible les substances qui doivent composer une poudre, une potion, un looch ; mais cette science qui applique les connaissances de l'histoire naturelle, à la physique, et surtout de la chimie, au choix, à la préparation, à la conservation des médicamens, et à tous les phénomènes ou modifications d'aspect, de composition, que présentent ces substances par les mélanges et manipulations auxquels on les soumet, ou par l'action des agens naturels. Sous ce dernier rapport, la pharmacie, ou plutôt la pharmacologie, doit être aussi familière au médecin qu'au pharmacien ; car, comment le thérapeutiste pourra-t-il apprécier les effets des médicamens et les reproduire à volonté s'il n'est pas sûr d'employer les mêmes médicamens que ceux qu'il a expérimentés. A ce titre nous recommanderions presqu'autant aux médecins qu'aux pharmaciens le livre de M. Soubeiran. Cet auteur, par le caractère exact et précis de son esprit, par sa position, qui lui a fourni une longue et vaste expérience, par l'étendue de ses connaissances chimiques et sa sagacité, qui lui ont permis d'enrichir la science de nombreuses recherches et en même temps de pouvoir bien apprécier les travaux des autres ; cet auteur, disons nous, était éminemment propre à écrire le traité théorique et essentiellement pratique que nous annonçons.

Nous n'entrerons pas ici dans l'analyse détaillée de cet ouvrage ; il nous suffit d'en avoir indiqué le caractère général, en faisant connaître les qualités de l'auteur. « Le *Traité de Pharmacie* que je publie aujourd'hui, dit M. Soubeiran, est un ouvrage de pratique et un ouvrage d'études. Il offre au praticien l'avantage trop peu commun d'un traité dont toutes les formules sont exécutables ; car j'ai répété par moi-même les opérations qui s'y trouvent décrites. Ce livre est en quelque sorte l'exposé des leçons de pharmacie que je fais depuis dix ans. » M. Soubeiran a divisé son traité en quatre livres, ou plutôt en deux parties : dans la première, il étudie les formes sous lesquelles on emploie les substances médicamenteuses, les opérations auxquelles on a recours pour les obtenir ; la deuxieme partie est consacrée à l'étude spéciale de chaque substance médicamenteuse, et est divisée en autant de livres que l'on reconnaît de classes de corps auxquelles on les rapporte, c'est-à-dire en trois : minéraux, végétaux, animaux. Dans cette partie de l'ouvrage se trouve l'application des règles générales établies dans la première, et une histoire phamaceutique complète des médicamens. De cette manière, le premier livre du traité constitue un résumé de tous les faits de détails exposés dans les trois autres livres. Cette méthode synthétique est, comme le dit fort bien M. Soubeiran, celle qui convient le mieux pour l'exposition et l'enseignement d'une science dans l'étude de laquelle on doit nécessairement apporter une foule de connaissances préliminaires.—Nous le répétons, l'ouvrage de M. Soubeiran, par la sûreté des principes théoriques qui ont présidé à sa rédaction et par celle des préceptes pratiques qui y sont exposés, ne peut manquer d'être universellement adopté comme classique.

FIN DU TOME XI DE LA DEUXIÈME SÉRIE.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES DU TOME XI,

DEUXIÈME SÉRIE DES ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

FIN DE LA TABLE.

Imprimerie de MIGNERET, rue du Dragon, N.° 20.